

Violences intrafamiliales, portes d'entrée pour la pratique clinique

Domestic violence, gateways for clinical practice

Schils H.¹, Roland M.¹ et Offermans A.-M.²

¹Médecin généraliste, ²Sociologue, Département de Médecine générale, Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)

RESUME

Les violences au sein de la famille, en particulier entre partenaires, constituent un réel problème de santé individuelle et de santé publique, à la fois de haute prévalence et de haute morbidité. Les conséquences sur la santé mentale et physique des personnes concernées sont nombreuses avec des répercussions potentielles majeures sur l'enfant, adulte en devenir. L'article identifie les différentes formes de violence et décrit les différents tableaux cliniques qui en résultent.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 369-77

ABSTRACT

Domestic violence, particularly intimate partner violence, is a major individual and public health issue, both of high prevalence and high morbidity. The impact on mental and physical health of the entire family involved is significant, with major potential repercussions on the child, a future adult. The article identifies multiple forms of violence and describes the resulting clinical presentations.

Rev Med Brux 2019 ; 40 : 369-77

Key words : intimate partner violence, domestic violence, child, children, childhood, youth, epidemiology, primary care physicians

INTRODUCTION

En Belgique, l'enquête de population attestait en 2010¹ qu'une femme sur 20 âgée de 18 à 75 ans a vécu des situations de violences conjugales très graves au cours des 12 derniers mois. Deux hommes sur 100 se trouvent dans ces mêmes situations. Cette haute prévalence des violences au sein de la famille et du couple est encore aujourd'hui confirmée par les enquêtes européennes².

La toute récente étude sur la violence à l'égard des femmes en Région de Bruxelles-Capitale³ rapporte aussi des chiffres impressionnants à partir d'un échantillon de plus de 500 femmes sélectionnées par cluster dans une soixantaine de quartiers. Presque 25 % d'entre elles ont déclaré avoir subi des violences physiques, presque 10 % des violences sexuelles et plus de 50 % des violences psychologiques. Mais si les trois formes de violence sont regroupées, c'est près de 40 % des femmes interrogées qui disent en souffrir encore au moment de l'entretien.

Un médecin généraliste ayant une pratique

moyenne devrait donc voir chaque jour plusieurs personnes victimes de violences conjugales, mais consultant quasi toujours pour une autre raison d'une part et n'étant pas le plus souvent en disposition d'en parler d'autre part. Le praticien de son côté, souvent pressé par le temps et pas toujours à l'aise avec ce genre de problématique, ne l'aborde que difficilement de sa propre initiative.

En résulte le fait que le médecin de famille, pourtant consulté deux à trois fois plus souvent par ces personnes victimes de violence⁴, découvre souvent en fin de parcours l'origine des symptômes avérés de longue date. Les solutions apportées à ce moment relèvent le plus souvent d'un appel à l'ambulance, d'un constat de coups, d'un dépôt de plainte, d'une mise à l'abri en maison d'hébergement, tous événements peu propices pour initier avec distance et *a fortiori* sérénité la mise en place de stratégies de solutions. C'est comme si la loi du silence qui caractérise ces situations au sein du couple et de la famille s'étendait à la relation entre la personne victime et son médecin. Et lorsque la situation violente est enfin révélée, celle-ci est déjà grave pour les femmes, voire très grave pour les

hommes¹, chronifiée, incrustée dans un quotidien répétitif. L'ambivalence se retrouve à plusieurs niveaux qui se renforcent : la peur des représailles ou de l'éclatement familial, l'espoir d'un changement, le manque de soutien et de ressources, la méconnaissance des droits fondamentaux. Ces situations sont complexes, nécessitant beaucoup de temps, de compétence et d'énergie de la part du médecin pour des patient(e)s souvent peu compliant(e)s, perdu(e)s dans des allers-retours liés aux choix difficiles à opérer dans ces moments.

Ces violences intrafamiliales nécessitent une prise en charge proactive et adéquate tant dans la prévention et la détection précoce que dans l'accompagnement des familles. C'est ce que recommandent les derniers travaux qu'a réalisés l'équipe de recherche du Département de Médecine Générale de l'ULB : le Guide de Pratique Clinique (GPC) mis à jour en 2018 et validé par le CEBAM sur " La détection des violences conjugales " d'une part⁵, le référentiel à destination des professionnels de la santé " Violences au sein du couple : les enfants en souffrance " d'autre part⁶. Ceux-ci ont été élaborés au départ d'une revue systématique des impacts des violences sur la santé ainsi que sur l'efficacité des interventions proposées aux familles concernées.

En s'appuyant sur ces différents éléments, cet article envisage les portes d'entrée utiles pour initier cette démarche proactive dans la pratique quotidienne en médecine générale.

L'INSECURITE AU CŒUR DES DEFINITIONS

Les violences conjugales -entre partenaires- sont définies comme " *tout comportement au sein d'une relation intime qui cause un préjudice ou des souffrances physiques, psychologiques ou sexuelles aux personnes qui en font partie ; y sont incluses également la menace de tels actes, la contrainte, la privation arbitraire de liberté tant dans la vie publique que privée* " . Elles peuvent survenir entre partenaires hétéro- ou homosexuels, mariés, vivant en union libre, cohabitant ou se fréquentant. Elles peuvent également être le fait d'un ancien partenaire.

" En plus de l'atteinte à l'intégrité physique et morale de la personne, cette définition souligne l'importance de l'univers conjugal avec l'engagement psychoaffectif profond qui y correspond, autrement dit, un univers dans lequel le partenaire est invité à réduire sa méfiance pour s'ouvrir à l'autre. Les comportements de violences ont donc lieu dans une relation où l'on s'attendrait à ce qu'elle soit sécurisante pour permettre le bien-être des personnes " ⁸ et le développement de l'enfant.

Les définitions reprises dans la littérature sur l'exposition de l'enfant aux violences conjugales mettent également l'accent sur le déficit de sécurité et sur l'importance pour les professionnels de santé d'être attentifs à cet aspect dans l'accompagnement des familles concernées. " *L'enfant exposé est celui qui*

*grandit dans un foyer où les parents manifestent des violences conjugales et qui n'est pas " protégé " renvoyant à la nécessité d'agir... pour le mettre à l'abri " ⁹. Cet enfant peut vivre dans la peur, être témoin oculaire, auditif ainsi que s'inquiéter des conséquences de la violence sans l'avoir vue ni entendue (constat de blessures, récit du parent, intervention policière...)*¹⁰.

Il est maintenant bien démontré que ces violences, même si elles ne le touchent pas personnellement, peuvent compromettre son développement physique, psychologique et affectif¹, raison supplémentaire s'il en fallait pour définir des pistes rigoureuses pour une pratique clinique de qualité dans le quotidien du médecin généraliste, fréquemment confronté, souvent à son insu, à ces problématiques à hautes morbidité et mortalité.

EPIDEMIOLOGIE : UNE PREVALENCE ELEVEE

Les violences conjugales sont largement répandues, mais les données des différentes enquêtes ne reflètent probablement qu'une partie du problème tant celles-ci sont taboues et très souvent minimisées.

Selon l'OMS¹², 25,4 % des femmes européennes sont confrontées à des violences physiques et sexuelles de la part de leur partenaire durant leur vie, 29,4 % des filles âgées de 15 à 19 ans ont subi des violences dans leurs relations amoureuses précoces. Celles-ci constituent une importante cause de mortalité : au niveau mondial, au moins 38 % de tous les meurtres de femmes ont été commis par un partenaire intime.

Si les personnes victimes sont majoritairement les femmes et les jeunes filles, les hommes sont aussi concernés par cette problématique (Enquête belge, 2010¹).

En France, selon la dernière enquête réalisée en 2015¹³, une femme sur 7 et 1 homme sur 25 déclarent avoir vécu au moins une forme d'agression sexuelle au cours de leur vie. Les violences sexuelles que subissent les femmes sont non seulement plus fréquentes, mais se produisent dans tous les espaces de vie et tout au long de la vie, à savoir dans le cadre des relations conjugales mais aussi celles subies dès l'enfance et l'adolescence et par la suite, les harcèlements et les agressions sexuelles au sein de l'espace public et au travail. C'est au sein de l'espace privé, relations de famille, avec proches, conjoints et ex-conjoints, petits amis que se produisent l'essentiel des viols et tentatives de viols. Trois femmes sur 4 parmi celles qui en ont subi les ont vécues dans ce contexte.

Dans les services de maternité en Belgique, la prévalence des violences autour de la grossesse est estimée de 3,4 %¹⁴ à 11 %¹⁵. Les études réalisées dans les salles d'attente des médecins généralistes¹⁶ donnent des estimations généralement plus élevées : 1 femme sur 3 serait impactée par ces violences.

Quant aux enfants exposés, les données de la

littérature révèlent que :

- En 2017, suite à l'évaluation pluridisciplinaire réalisée par les équipes SOS-Enfants, 2.876 cas de maltraitance ont été diagnostiqués. La catégorie " violences conjugales " constitue la maltraitance la plus diagnostiquée (27 %). La maltraitance psychologique représente 21 %, les négligences graves 20 %, la maltraitance sexuelle 18 %, la maltraitance physique 13% et la maltraitance institutionnelle 1%¹⁷.
- En Belgique, les enfants ont été témoins dans plus de 40 % des cas de violences conjugales déclarées au cours des 12 derniers mois ; c'est aussi lors des situations de violences graves (48,8 %) ou très graves (43 %) que les enfants sont les plus présents; et 10 % d'entre eux en deviennent des victimes directes¹.

LES VIOLENCES, C'EST DIFFÉRENT DES CONFLITS

Les patient(e)s présentent souvent les situations de violence comme le résultat de conflits au sein du couple : " *Cela s'est passé lors d'une grosse discussion... il est très nerveux pour l'instant* ", " *On s'est disputé, cela a mal tourné...* ".

A ce stade, il est important de faire la différence entre le conflit et la violence. Le conflit est situationnel : les deux partenaires du couple sont en désaccord et n'ont pas peur de faire état de leurs divergences de points de vue sur des besoins, des valeurs, des choix éducatifs. Ces conflits généralement ponctuels nécessitent des remises en question et des recherches de solution sous la forme de négociations et compromis. Dans ce cas de figure, il y a un **respect de l'altérité** de l'autre, il n'y a pas de supériorité systématique de l'un sur l'autre, le couple élabore une éthique de fonctionnement et une répartition équilibrée de l'autorité.

Dans la violence, avec le temps, il y a une inégalité marquée par la **prise de contrôle** de l'un sur l'autre. L'auteur de violences va imposer sa vision des choses, dicte la loi, celle du plus fort. La communication entre partenaires est perturbée. Il n'y a pas de place pour la négociation et les conflits sont un prétexte pour dévaloriser l'autre et le mettre en échec.

LES FORMES DE VIOLENCES

Les violences sont multifformes. Plusieurs classifications existent et se recoupent en des catégories distinctes. Même si elles se superposent et coexistent souvent, il est essentiel de différencier celles-ci car leurs manifestations et leurs conséquences s'expriment dans des registres et à des degrés fort différents.

Violences verbales

Il peut s'agir de crier, d'élever la voix mais également de proférer des insultes, des obscénités,

des injures à caractère sexuel, des sarcasmes sur la personne ou sur les enfants, ce qui établit un climat de peur et d'atteinte à l'estime de soi.

Violences psychologiques

C'est aussi l'humiliation, la dévalorisation continuelle, l'intimidation, le harcèlement par téléphone, les vexations, les promesses mensongères ; s'ajoutent le chantage et les menaces en tout genre : " *Je balance tout sur le net* ", " *Si tu me quittes, tu ne reverras plus jamais les enfants* ", " *Si tu en parles, je dirai à ta famille que tu es homo* " ; le/la partenaire peut également s'abstenir de tout geste de tendresse et d'échanges créant ainsi, le plus souvent consciemment, une carence affective chez l'autre.

Violences économiques/administratives

Elles peuvent se manifester par le contrôle du budget familial, des ressources matérielles ; elles se traduisent également par des comportements qui s'opposent à la formation, à la recherche d'emploi, à la reprise de l'activité professionnelle ; ce sont encore des situations où le/la conjoint(e) ne participe plus à aucun frais de gestion du ménage ; les violences administratives s'expriment, par exemple, par le chantage aux papiers d'identité, la confiscation du permis de conduire, de la carte de séjour.

Violences sociales et familiales

Elles consistent à isoler le/la partenaire ; il s'agit de l'empêcher d'avoir des contacts avec sa famille, ses amis, ses collègues, les voisins ainsi que de limiter ses activités ; le dénigrement de l'entourage contribue aussi à cet isolement ; pour ne plus avoir à entendre de telles critiques, la personne victime décide de couper elle-même ses liens sociaux ; il en va de même pour les comportements de jalousie qui sont alors présentés, plus particulièrement chez les adolescents, comme une preuve d'amour.

Violences physiques

Elles vont de la bousculade, la gifle, jusqu'aux coups, tentatives d'étouffement ou d'étranglement en passant par la séquestration et l'utilisation d'armes ; elles peuvent être symboliques comme briser des objets qui appartiennent à l'autre, s'en prendre aux animaux domestiques, conduire dangereusement, maltraiter les enfants ou encore être proférées telles " *Je vais te tuer* ", " *J'aurai ta peau* " ; les violences physiques peuvent être exercées en dehors de la maison et même devant témoin, ce qui est souvent indicateur d'un risque d'homicide élevé.

Violences sexuelles

Il s'agit de la contrainte à des actes ou des pratiques sexuelles dégradantes ou humiliantes, voire échangistes ou pornographiques, de tentatives de viols ou de réels viols ; des blessures peuvent être infligées

sur les parties sexuelles ou génitales.

On peut aussi distinguer :

- **Le mariage forcé**, c'est-à-dire un mariage qui est conclu sans le libre consentement des deux époux ou lorsque que le consentement d'au moins un des époux a été obtenu par la violence ou la menace¹⁸ ;
- **Les violences liées à l'honneur** qui se situent dans le continuum des formes de violences, allant de la légère pression psychologique au crime d'honneur en passant par la violence physique, dans lesquelles la prévention ou la réparation d'une atteinte à l'honneur sexuel et familial -dont le monde extérieur est ou risque d'être mis au courant- constitue le motif principal ; il peut s'agir de l'honneur d'un individu, de la famille ou de la communauté¹⁸.

CYCLE ET ESCALADE DES VIOLENCES

" Le cycle des violences (figure 1) est un des modèles explicatifs des violences conjugales. Il peut être utilisé en consultation comme un support au dialogue avec la personne concernée en vue d'augmenter la prise de conscience de la situation et de son risque de passage à la chronicité ⁵. Il servira également au médecin à adapter au mieux ses interventions en fonction des différentes phases qu'il comporte :

Phase 1 : Climat de tension

Ce climat de tension se manifeste dans le couple par de l'hyper-contrôle, des lourds silences, de la bouderie... ; typiquement, il règne au sein de la famille un sentiment d'insécurité, de peur qui va grandissant ; la personne victime tente de satisfaire au mieux son/sa partenaire : " Quand mon mari rentre, je me fais toute petite ; tout le repas est prêt, la table est

dressée, je lui ai fait son dessert préféré et les enfants attendent sagement ", " J'évite absolument de le contrarier " ; l'enfant vit dans l'inquiétude et s'attèle également à diminuer les tensions : " Quand mon père rentre, j'éteins la télévision et je lis sagement dans ma chambre, il est souvent à cran et je sens que je ne dois pas l'énerver " ; tous les membres de la famille partagent la croyance que si tout est fait à la perfection, il n'y aura pas d'épisodes de violence, ce qui ne se vérifie absolument pas, car les passages à l'acte de violences restent tout à fait imprévisibles.

Phase 2 : Explosion de la violence

Cette violence peut être psychologique, physique et/ou sexuelle ; cet épisode place la personne victime et les enfants en état de choc, de terreur, de sidération, accompagné d'un sentiment de colère ou de tristesse. Cette phase correspond souvent à la révélation et à la " demande d'aide " aux professionnels de la santé ; la personne victime se sent humiliée, perdue, désespérée : " Mon enfant s'interpose entre mon mari et moi pour me protéger des coups ", " J'étais tellement tendue et stressée en servant le repas que j'ai renversé la soupe. Mon mari s'est levé, m'a pris le bras, a serré très fort et a hurlé : " Ne fais plus jamais cela ".

Phase 3 : Justification de l'auteur

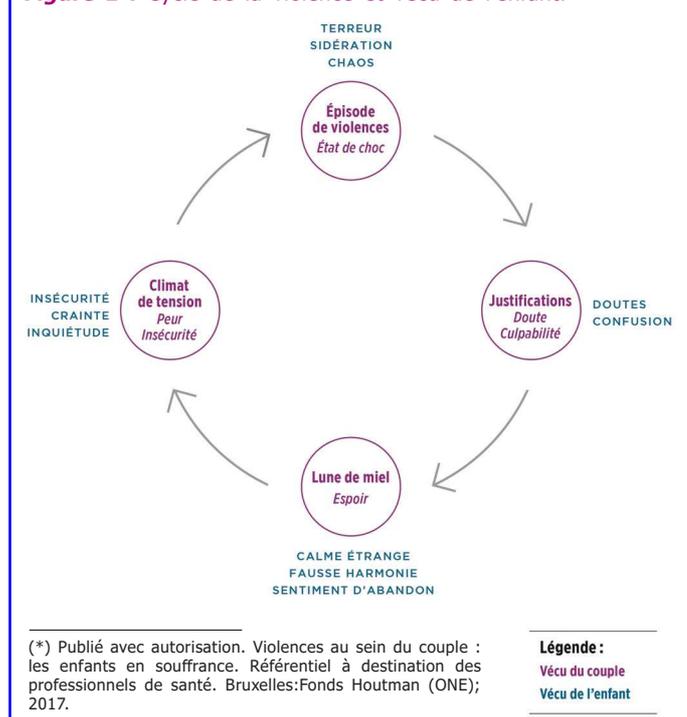
Moment pivot où l'auteur tente de convaincre la personne victime de sa co-responsabilité dans le recours aux violences ; en parallèle, la personne victime développe souvent des sentiments de culpabilité et de doutes. " Mon épouse dit que c'est de ma faute, je ne fais jamais bien ce qu'elle demande, je ne m'occupe pas assez bien d'elle ", " Je suis le seul à bosser ici et à ramener de quoi vivre, je suis fatigué et mon patron est exigeant, c'est normal que tout soit nickel quand je rentre chez moi ", " Tu m'as provoquée, tu as demandé le divorce ", " C'était un accident, c'est pas si grave " ; à terme, cette stratégie de justification (palette d'arguments) vise à banaliser, légitimer jusqu'à normaliser les violences. Chez l'enfant, cette phase génère également de la confusion : il ne peut faire le lien entre son vécu de peur et les arguments avancés.

Phase 4 : La " Lune de miel "

Phase de pardon et d'espoir ; ce sont les promesses qu'il n'y aura plus jamais de violences ; le couple repart sur soi-disant de nouvelles bases ; " Docteur, mon mari m'a fait une surprise, nous sommes partis à la mer dans un hôtel avec un jacuzzi, vous vous rendez compte et dans la chambre, il y avait 2 coupes de champagne ", " Elle m'a promis que cela n'arriverait plus et que j'étais l'homme de sa vie, jamais elle ne m'avait dit cela... " ; le système familial se maintient, l'enfant peut ressentir une fausse harmonie, un calme étrange, voire dans certains cas un sentiment d'abandon.

Ce cycle décrit une dynamique relationnelle " dont les partenaires deviennent comme dépendants,

Figure 1 : Cycle de la violence et vécu de l'enfant.*



les moments d'accalmie et de réconciliation se faisant de plus en plus rares ". Il se reproduit de manière chronique à la manière d'un engrenage qui, une fois, mis en place, produit les conditions de son maintien, de son renforcement et, *in fine*, de son aggravation jusqu'à un épisode critique potentiellement dramatique.

" Il est aussi important de garder à l'esprit le contexte dans lequel s'inscrivent ces violences. La violence physique n'est pas présente d'emblée. Au début de la vie amoureuse du couple, les faits sont généralement subtils, isolés les uns des autres, donc plus difficiles à identifier comme tels ". Ils ne sont que, dans certains cas, les étapes préparatoires d'un processus qui conduira aux violences physiques si les autres formes de violence ne suffisent plus aux yeux de l'auteur. Ce processus diachronique constitue le modèle en continuum, voire en escaliers (figure 2) habituellement accepté par les divers intervenants dans ce domaine. Il n'est heureusement pas inéluctable, sa détection et des interventions précoces appropriées permettant en effet de l'arrêter et même de le faire régresser.

d'études longitudinales de Devries²⁰ montrent que les femmes victimes de violences sont davantage susceptibles de souffrir d'une dépression et de faire des tentatives de suicide et qu'à l'inverse les femmes dépressives sont plus susceptibles de souffrir de violences. Chez l'homme, des études complémentaires sont nécessaires, mais les résultats obtenus suggèrent une association entre violences conjugales et symptômes dépressifs. Par ailleurs, 64 % des femmes confrontées aux violences du fait de leur conjoint font état de symptômes de stress post-traumatique (*Post-Traumatic Stress Disorder*), dont la gravité est en lien direct avec la durée et la sévérité de celles-ci²¹. En outre, les impacts négatifs sur la santé mentale des femmes entravent de manière préjudiciable leurs compétences parentales, ce qui altère le développement physique et psychologique de l'enfant, pour lequel la qualité relationnelle de la dyade mère-enfant est un élément fondamental¹¹. Les recherches en neurobiologie²² fournissent des explications physiologiques quant aux conséquences du stress aigu et chronique sur une série de manifestations fonctionnelles telles céphalées, douleurs chroniques, troubles gastro-intestinaux, colon irritable, troubles du sommeil, syndrome de douleur chronique, fibromyalgie, altération de la qualité de vie, manifestations citées dans plusieurs études internationales de grande envergure^{23,24}.

Santé sexuelle et génésique

Une revue systématique des impacts des violences sur la santé sexuelle²⁵ atteste d'une forte association entre violences conjugales et comportements sexuels à risque (usage sporadique de préservatifs ou pluripartenaires), dysfonction sexuelle, douleurs pelviennes chroniques, maladies sexuellement transmissibles dont peut-être l'infection par le VIH, grossesses non désirées et avortements provoqués ; plusieurs études^{11,26,27} portant sur les violences conjugales durant la grossesse relèvent une relation statistiquement significative avec le petit poids de naissance (*low birth weight* [LBW]) et la prématurité, avec la mortalité périnatale, avec les fausses couches (dues aux traumatismes subis par la mère et/ou par le fœtus, à une hypercortisolémie réactionnelle ou à une trop faible prise de poids de la mère), avec les ruptures utérines, les hémorragies, le décollement du placenta, la souffrance et la mort fœtale.

Santé physique

La méta-analyse de Palitto²⁸ ainsi qu'une autre réalisée au sein de services d'urgences²⁹ montrent que 41,8 % des femmes victimes signalent des blessures consécutives aux actes de violences de leur partenaire, typiquement au niveau de la tête, du cou, de la mâchoire ou du visage et survenues en l'absence de témoin. " Les commotions cérébrales, les contusions internes et externes, les fractures et les plaies ouvertes sont également retrouvées, de même que les lésions à l'étage abdominal où les coups portés, notamment en début de grossesse, peuvent ne pas laisser de traces

Figure 2 : Escalade des violences.*



LES IMPACTS DES VIOLENCES SUR LA SANTE DES PERSONNES VICTIMES

Les impacts décrits seront d'autant plus graves qu'existeront concomitamment d'autres facteurs, à savoir un isolement social ou familial et une absence de soutien et de prise en charge.

Santé mentale

La revue systématique de Feder¹⁹ et celle

visibles à l'examen clinique ⁵.

Comportements en matière de santé

Une autre conséquence clairement documentée dans la littérature est la consommation d'alcool, de drogues et de tabac chez les femmes victimes de violences ; cette consommation est, dans la plupart des cas, une stratégie d'adaptation pour faire face au stress associé au vécu de violence⁵ ; par ailleurs, chez l'auteur des violences, elle augmente le risque de passage à l'acte en levant les inhibitions³⁰. Dans un autre registre de comportements inadéquats en cas de grossesse, " en plus d'un suivi aléatoire de grossesse, voire une consultation prénatale tardive, on constate des séjours en maternité de plus courte durée, avec parfois, sortie contre avis médical, ce qui permettrait, aux yeux de l'auteur des violences, de diminuer le risque de révélation de la situation ⁵.

LES IMPACTS DES VIOLENCES SUR LA SANTE DES AUTEURS

Les recherches relatives à l'impact des violences sur la santé des auteurs de violences conjugales³¹⁻³⁵ sont actuellement peu nombreuses et concernent uniquement des hommes dans le cadre de relations hétérosexuelles. Elles démontrent des problèmes de santé associés tels que l'insomnie, des troubles digestifs, des douleurs chroniques, des blessures physiques, des comportements sexuels à risque et des troubles de la santé mentale (dépression, remords, addictions...), voire une pathologie psychiatrique. Il est à noter que la direction de cette association n'est pas connue ; les problèmes de santé pourraient potentiellement contribuer au recours à la violence, ou encore on pourrait faire l'hypothèse de facteurs supplémentaires associés aux violences et qui aggraveraient ces deux problématiques. D'autres éléments corrélés sont également signalés comme le divorce et la séparation, un parcours professionnel peu satisfaisant, l'emprisonnement et d'autres problèmes judiciaires³⁶.

LES IMPACTS DES VIOLENCES SUR LA SANTE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

Les effets de l'exposition aux violences conjugales tant sur la santé physique qu'aux niveaux psycho-émotionnel, affectif, relationnel et cognitif varient selon l'âge et le développement de l'enfant³⁷.

L'enfant *in utero*

Les violences conjugales sont plus fréquentes pendant la grossesse et perdurent si elles existaient au préalable ; les dernières recherches en neurobiologie déterminent le rôle fondamental du cortisol sur le développement cérébral de l'enfant *in utero* ; en connexion physiologique permanente avec sa mère, le fœtus -comme elle- est en état de stress chronique comme en témoigne une perturbation de ses mouvements (agitation ou manque de réaction). La

réponse au stress chronique de la mère provoque très précocement dans la grossesse, une élévation du cortisol au niveau du cerveau du bébé qui présente une densité importante de récepteurs au cortisol ; ce stress précoce va influencer sur l'organisation structurelle du petit cerveau en développement et entraîner à terme une altération des fonctions intellectuelles, des troubles du système de l'affectivité, des émotions et de la mémoire.

L'enfant de moins de 2 ans

Après la naissance, le développement harmonieux de l'enfant dépend grandement de l'état psychologique en premier lieu de sa mère, mais aussi plus globalement de ses parents. Lorsque ceux-ci sont " trop pris " dans le cycle de la violence, cela peut alors se traduire par une incompréhension des rythmes et des besoins de l'enfant, une carence affective, de la négligence émotionnelle mais aussi du laisser-aller en matière de soins élémentaires (nourriture, vêtements, sommeil, hygiène). Les conséquences en sont nombreuses et potentiellement sérieuses dans l'immédiat et pour le futur de l'enfant. Sur le plan psychologique et comportemental, il s'agit de troubles psychosomatiques, de troubles du sommeil, de pleurs continus (risquant de provoquer en retour de la maltraitance parentale). Le syndrome du bébé secoué est en effet responsable de la majorité des décès par maltraitance chez le petit (près d'un tiers des enfants qui en sont victimes en décèdent et 60 % en conservent des séquelles permanentes³⁸). L'enfant peut perdre l'intérêt pour son environnement et développer des troubles de l'attachement ainsi que des dysfonctionnements comportementaux, des troubles de l'apprentissage, anesthésier ses besoins et signaux de manque, ne plus faire de bruit, devenir triste et apathique.

" Théo (âgé de moins de 2 ans) n'explore pas le cabinet, il s'assied par terre à côté du siège de sa maman tenant le manteau de celle-ci ; il a le regard triste, il est pâle et présente des sécrétions nasales sur le visage ; il ne regarde pas les jouets proposés et ne quitte pas sa mère des yeux s'accrochant à elle ".

Sur le plan somatique, il existe aussi un risque de retard de croissance à 2 ans et de petite taille à 7 ans³⁹, de moins bonne couverture vaccinale et de consultations urgentes plus fréquentes⁴⁰.

L'enfant plus âgé

Les conséquences chez l'enfant plus grand vont se complexifier ; sa socialisation qui doit intégrer des modèles respectueux de résolution de conflits est confrontée à une vision biaisée car violente des rapports de conjugalité avec le risque de représentation de la violence comme acceptable pour obtenir ce que l'on désire. L'enfant est perdu, désorganisé dans ses repères. Se sentant souvent " coupable " des conflits familiaux, il va éviter les relations, se mettre en retrait, s'isoler ou au contraire montrer de l'agressivité avec

ses camarades, copiant ainsi le modèle parental. Les répercussions sur sa santé mentale et physique sont possiblement nombreuses et dans le prolongement de celles déjà manifestées antérieurement.

" *Corentin (âgé de 6 ans) est un habitué du cabinet, il me voit souvent pour des motifs multiples et variés : gastro-intestinaux, ORL et dermatologiques ; il est pris en charge par plusieurs dermatologues pédiatriques et difficilement soulagé pour son problème d'eczéma : " Ma peau me fait mal, me gratte. Mes amis se moquent de moi, je veux plus aller à la piscine " ; la maman est très inquiète et consulte souvent les spécialistes qui sont toujours rassurants. Elle me dit qu'elle ne sait pas ce qui se passe, on ne trouve pas ce qu'il a ; que Corentin ne dort pas bien, qu'il vient la réveiller la nuit et dit qu'il a peur. Le papa accompagne parfois Corentin ; celui-ci prend énormément de place dans la consultation, coupe la parole et laisse peu de place à son fils ; il termine souvent l'entretien par " on va prendre un abonnement chez vous docteur, vous allez vous payer des belles vacances ".*

L'adolescent

Il peut décider de prendre position pour un de ses parents dans le conflit et devenir ainsi le soignant du couple. Parfois aussi il développera des comportements violents pour détourner la tension entre ses parents vers lui, avec des troubles du comportement (conduites antisociales, autodestruction), des troubles alimentaires, des abus de substances avec addictions et surtout des problèmes scolaires, de conduite et d'apprentissage.

" *Raphaël, 15 ans, est envoyé par ses parents pour demander des certificats pour l'école ; d'emblée, la consultation est difficile, Raphaël arrive avec son capuchon sur la tête, refuse le contact visuel " ; " Il me faut 5 certificats pour l'école et j'ai pas beaucoup de temps ; j'ai plus envie d'aller à l'école, je fume des joints avec les copains, cela me fait du bien ; quoi qu'on fasse à la maison, l'ambiance est plombée, ma mère pleure et mon père crie ".*

Soulignons que les enfants exposés à ces violences peuvent faire preuve de résilience pour se reconstruire face à ce système familial dysfonctionnel; c'est le cas de 31 % à 56 % parmi ces enfants en âge scolaire qui ont bénéficié de facteurs protecteurs comme une mère non dépressive, un tempérament adaptatif, une amitié solide⁴¹ .

IMPACTS DES VIOLENCES SUR LA PARENTALITE

Les violences ont des répercussions sur les types de stratégies éducatives que les parents mettent en place à l'égard de l'enfant. Les résultats dans la littérature sont contradictoires quant au style parental adopté par les mères victimes : certaines se révèlent moins disponibles émotionnellement et moins

empathiques²⁷. Par contre, d'autres tentent de pallier les impacts négatifs par une meilleure parentalité en développant un surcroît d'attention et d'empathie envers leurs enfants pour les protéger, les soutenir et compenser leur vécu difficile⁴². Mais ce que toutes les études soulignent, c'est que ces mères ne sont pas plus violentes envers leur enfant que d'autres femmes une fois qu'elles ne sont plus elles-mêmes soumises à la violence du conjoint. Elles peuvent également éprouver des difficultés à mettre des limites à l'enfant puisqu'elles modifient leur style de parentalité en fonction de l'absence ou de la présence de leur conjoint.

Le petit nombre de recherches sur les auteurs de violence décrivent un style de parentalité du père rigide et autoritaire avec une tendance à disqualifier sa partenaire en tant que mère. Chez ceux-ci, on observe souvent un faible niveau de tolérance à la frustration, une utilisation de la violence pour gérer les conflits, une faible capacité à se remettre en question ainsi qu'un manque d'empathie et d'implication. Enfin, ils sont plus susceptibles d'utiliser la force physique et verbale dans leurs méthodes disciplinaires.

Une autre conséquence réside dans l'isolement et le manque de soutien vécus par les mères victimes. Non seulement vivant une qualité de relation largement déficitaire avec leur partenaire, ces mères manquent indiscutablement d'un coéquipier parental ou d'un accord sur le modèle d'éducation. En outre, l'enfant sera souvent instrumentalisé dans ce système familial marqué par l'insécurité, les liens malmenés, la menace et les passages à l'acte.

CONCLUSION

Les violences intrafamiliales sont fréquentes et majorent de manière significative les motifs de contact avec les professionnels de santé, en particulier les médecins généralistes.

Malgré leur haute prévalence, elles ne sont le plus souvent décelées qu'au moment où elles sont déjà bien installées, avec un niveau de gravité élevé.

Vu leurs répercussions sur la santé physique et mentale des adultes et de l'enfant en développement, elles nécessitent une sensibilisation de tous à la problématique ainsi que des formations spécifiques pour les soignants, en particulier les médecins de famille en raison de la place qu'ils occupent au sein des systèmes familiaux que constituent leurs patients.

Les interventions devront autant viser la prévention primaire à une échelle sociétale (action sur les facteurs de risque), que la prévention secondaire (le dépistage, objet de l'article suivant⁴³) et tertiaire (limitation des conséquences des violences installées en matière de morbidité et de mortalité).

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Pieters J, Italiano P, Offermans AM, Hellemans S. Les expériences des femmes et des hommes en matière de violence psychologique, physique et sexuelle. Bruxelles:Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes;2010.
- Enquête Virage. INED. Résultats à paraître.
- Van Parys AS, Leye E. Etude de prévalence sur la violence à l'égard des femmes en Région de Bruxelles-Capitale, Rapport à la demande de la Secrétaire d'État Bianca Debaets. Bruxelles;2015.
- Jaspard M, l'équipe Enveff. Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et Société. 2001;364.
- Offermans AM, Vanhalewyn M, Van der Schueren T, Roland M, Fauquert B, Kacenenbogen N. Guide de Pratique Clinique : détection des violences conjugales. Bruxelles:SMSG-CUMG ULB avec le soutien de l'Agence pour une Vie de Qualité;2018.
- Violences au sein du couple : les enfants en souffrance. Référentiel à destination des professionnels de santé. Bruxelles:Fonds Houtman (ONE) – Département de Médecine Générale ULB;2018.
- Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). (Consulté le 15/06/2016). Abuse and violence: Working with our patients in general practice. 4th edn, Melbourne, 2014. [Internet]. <https://racgp.org.au>.
- Offermans AM, Kacenenbogen N. La prévalence des violences entre partenaires. Pourquoi la détection par le médecin généraliste ? Rev Med Brux. 2010;31:131-42.
- Ovaere F, Sardo-Infirri S, Touahria-Gaillard A. L'impact de la violence conjugale sur les enfants Revue critique de littérature. Rapport final, ONED;2007.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (Consulté le 15/06/16). Domestic violence and abuse : multi-agency working. Nice Public health guideline. 2014. [Internet]. <https://www.nice.org.uk>.
- Stanley N. Children experiencing domestic violence : a research review. Dartington : Research in Practice;2011.
- World Health Organization (WHO). (Consulté le 15/06/16). Global and regional estimates of violence against women. Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. WHO. Geneva, 2013. [Internet]. <https://apps.who.int>.
- Hamel C, Debauche A, Brown E, Lebugle A, Lejbowicz T, Mazuy M *et al*. Viols et Agressions Sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. Population & Sociétés, bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques. 2016:538.
- Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H *et al*. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2014; 93(7):669-77.
- Jeanjot I, Barlow P, Rozenberg S. Domestic violence during pregnancy : survey of patients and healthproviders. Journal of Women's Health. 2008;17(4):557-67.
- Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice : a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 2008;58:484-7.
- Office National de l'Enfance. L'ONE en chiffres 2017. Bruxelles, 2017.
- Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes. (Consulté le 15/06/16). Non aux violences, Plan d'Action National de lutte contre toutes les formes de violence basée sur le genre (PAN 2015-2019). [Internet]. <https://igvm-iefh.belgium.be>.
- Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R *et al*. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet the UK National Screening Committee criteria for a screening programme ? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess. 2009;13(16):iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347.
- Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M *et al*. Intimate Partner Violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. PLoS Med. 2013;10(5):e1001439.
- Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. J Fam Violence. 1999;14:99-132.
- Black PH, Garbutt LD. Stress, inflammation, and cardiovascular disease. J Psychosom Res. 2002;52:1-23.
- Aucoin K, Beauchamp D. Répercussions et conséquences de la victimisation. Catalogue de Statistique Canada. Juristat. 2007;27:1, produit no 85-002-X.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (Consulté le 03/04/19). Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. OMS (2012). [Internet]. <https://apps.who.int>.
- Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health ? A systematic review. Trauma Violence Abuse. 2007;8:149-77.
- Shah PS, Shah J. Knowledge synthesis group on determinants of preterm/LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes : a systematic review and meta-analyses. J Womens Health (Larchmt). 2010;19:2017-31.
- Séverac N. Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques, Rapport d'étude. Paris:ONED;2012.
- Pallitto C *et al*. Intimate partner violence and physical injuries : synthesis of the global evidence (draft manuscript; available upon request).
- Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department : a systematic review and meta-analysis. Trauma Violence Abuse. 2010;11:71-82.
- Taillieu TL, Brownridge DA. Violence against pregnant women : Prevalence, patterns, risk factors, theories and directions for future research. Aggression and Violent Behavior. 2010;15:14-35.
- Singh V, Tolman R, Walton R, Chermack S, Cunningham R. Characteristics of men who perpetrate intimate partner violence. J Am Board Fam Med. 2014;27661-668.
- Walker DD1, Neighbors C, Mbilinyi LF, O'Rourke A, Zegree J, Roffman RA *et al*. Evaluating the impact of intimate partner violence on the perpetrator: the perceived consequences of domestic violence wuestionnaire. J Interpers Violence. 2012;25:1684-98.
- Taft C, Schwartz S, Liebshutz JM. Intimate partner aggression perpetration in primary care chronic pain patients. Violence Vict. 2010;25:649-61.
- Gerlock AA. Health impact of domestic violence. Issues Ment Health Nurse. 1999;20:373-85.
- el-Bassel N, Fontdevila J, Gilbert L, Voisin D, Richman BL, Pitchell P. HIV risks in men in methadone maintenance treatment programs who abuse their intimate partners: a forgotten issue. J Subst Abuse. 2001;13:29-43.

36. Penti B, Timmons J, Adams D. The Role of the Physician When a Patient Discloses Intimate Partner Violence Perpetration : A Literature Review. *J Am Board Fam Med.* 2018;31(4):635-44.
37. Moureau A, Delvenne V. Traces cérébrales des traumatismes infantiles et devenir psychopathologique. *Psychiatrie de l'enfant.* 2016;59(1).
38. Haute Autorité de la Santé. (Consulté le 03/04/19). Syndrome du bébé Secoué. Recommandations 2017. [Internet]. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf
39. Yount KM, DiGirolamo AM, Ramakrishnan U. Impacts of domestic violence on child growth and nutrition: a conceptual review of the pathways of influence. *Social Science & Medicine.* 2011;72(9):1534-54.
40. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics.* 2006;117(2):278-90.
41. Martinez-Torteya C1, Anne Bogat G, von Eye A, Levendosky AA. Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child Dev.* 2009;80(2):562-77.
42. Bedi G, Goddard C. Intimate partner violence : What are the impacts on children? *Australian Psychologist.* 2007;42(1):66-77.
43. Thomas P, Roland M, Offermans AM. Mon patient est-il concerné par les violences intrafamiliales ? Comment détecter précocement ? *Rev Med Brux.* 2019;40(4):378-85.

Correspondance :

SCHILS H.
Faculté de Médecine, Université libre de Bruxelles (ULB)
Département de Médecine générale
Route de Lennik, 808 – bte 612
1070 Bruxelles
E-mail : doc.schils@skynet.be

Travail reçu le 5 juin 2019 ; accepté dans sa version définitive le 10 juillet 2019.