



UNIL | Université de Lausanne

Unicentre

CH-1015 Lausanne

<http://serval.unil.ch>

Year : 2021

Comment vont les enfants exposés à la violence dans le couple parental : contexte familial, social et thérapeutique

Dessimoz Künzle Lyne

Dessimoz Künzle Lyne, 2021, Comment vont les enfants exposés à la violence dans le couple parental : contexte familial, social et thérapeutique

Originally published at : Thesis, University of Lausanne

Posted at the University of Lausanne Open Archive <http://serval.unil.ch>

Document URN : urn:nbn:ch:serval-BIB_03F988F48D8A6

Droits d'auteur

L'Université de Lausanne attire expressément l'attention des utilisateurs sur le fait que tous les documents publiés dans l'Archive SERVAL sont protégés par le droit d'auteur, conformément à la loi fédérale sur le droit d'auteur et les droits voisins (LDA). A ce titre, il est indispensable d'obtenir le consentement préalable de l'auteur et/ou de l'éditeur avant toute utilisation d'une oeuvre ou d'une partie d'une oeuvre ne relevant pas d'une utilisation à des fins personnelles au sens de la LDA (art. 19, al. 1 lettre a). A défaut, tout contrevenant s'expose aux sanctions prévues par cette loi. Nous déclinons toute responsabilité en la matière.

Copyright

The University of Lausanne expressly draws the attention of users to the fact that all documents published in the SERVAL Archive are protected by copyright in accordance with federal law on copyright and similar rights (LDA). Accordingly it is indispensable to obtain prior consent from the author and/or publisher before any use of a work or part of a work for purposes other than personal use within the meaning of LDA (art. 19, para. 1 letter a). Failure to do so will expose offenders to the sanctions laid down by this law. We accept no liability in this respect.



UNIL | Université de Lausanne

Faculté de biologie
et de médecine

**UNIVERSITE DE LAUSANNE - FACULTE DE BIOLOGIE ET DE
MEDECINE**

Département de radiologie médicale
Unité de médecine des violences, Centre universitaire romand de
médecine légale

**Comment vont les enfants exposés à la violence dans le couple
parental : contexte familial, social et thérapeutique**

THESE

préparée sous la direction de la Docteure Nathalie Romain Glassey
avec la collaboration de Madame Jacqueline De Puy Leistner

et présentée à la Faculté de biologie et de médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

par

Lyne DESSIMOZ KÜNZLE

Médecin diplômée de la Confédération Suisse
Originaire de Conthey/Vétroz (Valais)

Lausanne
2021

Lyne Dessimoz Künzle

Imprimatur



*Ecole Doctorale
Doctorat en médecine*

Imprimatur

Vu le rapport présenté par le jury d'examen, composé de

Directeur de thèse Dre **Nathalie Romain-Glassey**
Co-Directeur de thèse
Expert Prof. **Kerstin Jessica Von Plessen**
Vice-Directeur de l'Ecole Prof. **John Prior**
doctorale

la Commission MD de l'Ecole doctorale autorise l'impression de la thèse de

Madame Lyne Dessimoz Künzle

intitulée

Comment vont les enfants exposés à la violence dans le couple parental : contexte familial, social et thérapeutique

Lausanne, le 11 février 2021

*pour Le Doyen
de la Faculté de Biologie et de Médecine*


*Monsieur le Professeur John Prior
Vice-Directeur de l'Ecole doctorale*

Résumé

Introduction

L'exposition des enfants à la violence dans le couple parental est une thématique émergente en Suisse. Il manque encore de nombreuses données et des recommandations de prise en charge basées sur l'évidence. Inscrit dans une étude plus vaste, ce travail de thèse s'intéresse plus particulièrement aux enfants exposés ainsi qu'à leurs souffrances, leurs contextes familiaux, sociaux et leurs prises en charge professionnelles.

Méthodologie

119 dossiers de parents victimes de violence dans le couple ayant consulté l'UMV en 2014, mères ou pères de 167 enfants de 0 à 12 ans ont été traités. Les données ont été sélectionnées et analysées selon des méthodes quantitatives et qualitatives rétrospectives.

Résultats

Une grande majorité des parents victimes sont des mères. Les familles présentent des indices de précarité. Presque 4 couples sur 5 partagent le même domicile. Sur le plan des souffrances des enfants rapportées par leur parent, presque un tiers des enfants en présente des signes et symptômes. La durée et la nature de l'exposition à la violence dans le couple ont été analysées. Près de 8 parents victimes sur 10 signalent des antécédents de violence physique dans le couple ; la moitié des enfants y avaient déjà été exposés, très souvent dès la naissance, et parmi eux, les deux tiers depuis plus de deux ans. Les difficultés psychiques des parents sont rapportées chez un tiers d'entre eux. Ce sont principalement des baisses de l'humeur et des consommations de substances problématiques. Dans un tiers des cas, le parent victime rapporte des interventions ou des mesures déjà mises en place par le passé. Les professionnel-le-s de l'enfance sont relativement peu au courant des violences dans le couple.

Discussion

Selon nos analyses, les souffrances dans notre population d'enfants exposés à la violence dans le couple parental prennent la forme d'une symptomatologie post-traumatique non spécifique avec des variations en fonction de l'âge. L'exposition des enfants à cette violence paraît peu visible parmi les professionnel-le-s de l'enfance. Souvent, un cumul de vulnérabilités s'ajoute aux violences dans le couple et soumet les familles à des stress d'autant plus importants. La limite principale de notre étude est l'écoute indirecte des enfants. Bien que de nombreux moyens soient déployés afin de mettre fin aux violences dans le couple, il apparaît nécessaire

Lyne Dessimoz Künzle

de sensibiliser parents et professionnel-le-s au fait que les violences dans le couple retentissent sur le bien-être des enfants.

Remerciements

Nous exprimons notre reconnaissance aux patient-e-s, dont les réponses anonymisées aux questions posées par les infirmières de l'Unité de médecine des violences (UMV) ont fourni les données pour ce travail. Nous remercions également les infirmières de l'UMV pour le recueil soigneux de ces informations. Nous adressons en dernier lieu un grand merci aux Docteurs Nathalie Romain-Glassey, directrice de thèse, ainsi que Jacqueline De Puy Leistner, chargée de recherche, pour leurs larges contributions au contenu de ce manuscrit.

Table des matières

Imprimatur	2
Résumé	3
Remerciements.....	4
Introduction	6
La violence dans le couple.....	6
L'exposition des enfants à la violence dans le couple	7
L'Unité de médecine des violences (UMV)	8
Buts et objectifs	9
Méthodologie	9
Les données recueillies lors des consultations médico-légales	10
Sélection des données relatives aux enfants exposés à la violence dans le couple.....	12
Résultats	15
Caractéristiques sociodémographiques	15
Signes et symptômes de souffrance de l'enfant.....	18
Durée et nature de l'exposition à la violence dans le couple.....	21
Difficultés psychiques des parents et leur éventuelle prise en charge	24
Interventions et mesures mises en place en lien avec la violence dans le couple.....	25
Professionnel-le-s de l'enfance : qui est au courant ?	26
Discussion et conclusion	27
Un lien probable entre symptômes et exposition.....	28
Un phénomène peu visible parmi les professionnel-le-s de l'enfance	29
Des cumuls de vulnérabilités dans la famille	31
Limites de notre étude	33
Recommandations et conclusions	34
Références	35
Annexes	38
Annexe 1: Brochure de l'UMV.....	38
Annexe 2: Lettre type envoyée au pédiatre	40

Introduction

Alors que la violence dans le couple est un sujet d'étude depuis de nombreuses années, la question de l'exposition des enfants à la violence dans le couple parental est une problématique encore émergente.

La violence dans le couple

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « *par violence d'un partenaire intime, on entend tout comportement qui, dans le cadre d'une relation intime (partenaire ou ex-partenaire), cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique, notamment les actes d'agression physique, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination* » [1]. Historiquement mises en évidence par le mouvement de défense des femmes dans les années 1970, les violences par un (ex)-partenaire intime, et le fait que les femmes en sont les principales victimes, sont maintenant reconnus sur le plan international comme un problème social et de santé publique. En particulier, la « *Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique* », aussi connue sous le nom de « *Convention d'Istanbul* » est entrée en vigueur en Suisse le 1^{er} avril 2018. Soulignons qu'elle spécifie, dans son préambule, que « *les enfants sont des victimes de la violence domestique, y compris en tant que témoins de violence au sein de la famille* » [2].

En Suisse, la première campagne de prévention nationale date de 1997 et a fait suite à la publication de la première étude scientifique sur ce thème, laquelle a montré qu'une femme sur cinq, au cours de sa vie, est victime de violence physique ou sexuelle d'un partenaire intime [3]. Quant aux statistiques officielles, elles ne reflètent qu'une partie des situations, celles qui ont été portées à la connaissance des institutions. En 2019, selon les données de la Statistique policière de la criminalité de l'Office fédéral de la statistique, 19'669 infractions pour violence domestique¹ ont été enregistrées. Parmi les prévenu-e-s, 6'614 hommes étaient (ex-)époux ou (ex-)conjointes des victimes et 1'886 femmes étaient (ex-)épouses ou (ex-)conjointes des victimes [4]. La même année, 14 femmes et 1 homme sont décédé-e-s par homicide d'un-e partenaire [5].

¹ Précisons que la violence domestique comprend également la violence perpétrée envers un membre de la famille et non uniquement envers le partenaire ou l'ex-partenaire.

L'exposition des enfants à la violence dans le couple

Dans son bulletin d'information de novembre 2015 dédié à la violence à l'encontre des enfants et des adolescent-e-s dans le contexte de la violence domestique, le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG) explique que l'exposition des enfants à la violence dans le couple parental ne se limite pas au fait d'être « témoin » d'agressions : le BFEG définit l'exposition des enfants et des adolescent-e-s à la violence dans le couple parental comme une forme de violence envers eux : « Être témoin de la violence dans la relation conjugale de ses parents signifie que l'enfant ou l'adolescent-e-s assiste à l'acte de violence entre ses adultes de référence, est dans une pièce attenante quand il y a une dispute et l'entend, vit les retombées de la violence sous forme de blessures ou de désespoir de l'adulte victime de l'acte de violence, etc. » [6]. Le seul fait de vivre ou fréquenter régulièrement un foyer où il y a de la violence dans le couple suffit pour qu'un enfant soit exposé. L'exposition de l'enfant ou de l'adolescent-e à la violence dans le couple constitue ainsi une forme de maltraitance à leur encontre qui, à long terme, peut avoir des conséquences similaires en terme de santé à celles de la maltraitance physique [7].

En effet, vivre dans un foyer où s'exerce de la violence dans le couple parental constitue une des expériences d'adversité vécues dans l'enfance (Adverse Childhood Experiences : ACEs), au même titre que de vivre dans un foyer où un parent souffre d'une pathologie psychiatrique ou d'une addiction, ou encore d'être un enfant victime de maltraitance psychique, physique ou sexuelle [8]. Le fait d'avoir vécu plusieurs ACEs augmente de manière exponentielle les risques pour la santé physique et psychique tout au long de la vie [9]. Par exemple, une étude a montré que l'exposition à des ACEs augmente la propension à adopter des comportements néfastes pour la santé et le développement de maladies non transmissibles telles que la consommation problématique d'alcool, de drogues ou un moindre contrôle de la prise alimentaire menant à l'obésité notamment [10]. Les effets de l'exposition des enfants et adolescent-e-s aux violences dans le couple sont un sujet de recherche depuis le milieu des années 1980 en Amérique du Nord [11]. En Europe francophone, c'est à partir des années 2000 que la problématique des enfants exposés à la violence dans le couple a pris de l'ampleur [12]. En Suisse, ce thème est encore peu étudié et relativement rarement pris en compte. Il manque encore des recommandations de prise en charge basées sur l'évidence.

L'Unité de médecine des violences (UMV)²

Depuis janvier 2006, l'Unité de médecine des violences (UMV) du Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) offre une consultation médico-légale pour adultes victimes de violences interpersonnelles, qu'il s'agisse de violence dans le couple, de violence familiale ou de violence communautaire. Les consultations, financées par l'État de Vaud, sont gratuites et soumises au secret médical. Toutefois, les patient-e-s sont systématiquement informé-e-s que si des mineur-e-s sont impliqué-e-s dans les violences vécues, la situation peut être présentée au Groupe hospitalier de protection de l'enfant appelé CAN Team (Child Abuse and Neglect Team). Cette procédure se conforme à la directive institutionnelle en vigueur au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) lorsqu'une maltraitance envers un-e mineur-e est avérée ou suspectée ou lorsque la situation est à risque de maltraitance. Le CAN Team est un groupe pluridisciplinaire de pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres, chirurgiens pédiatriques, gynécologues pédiatriques, intervenants psychosociaux, psychologues, infirmiers et sages-femmes et encore d'autres spécialistes, rattaché au Service de pédiatrie du Département femme-mère-enfant du CHUV. Cette collaboration entre l'UMV et le CAN Team permet une évaluation de la situation de violence en tenant compte de la gravité des faits, des conséquences potentielles à long terme sur le développement de l'enfant ou de l'adolescent-e et de la capacité des familles à y remédier. Le CAN Team pourra rencontrer le parent qui a consulté l'UMV, voire les deux parents, orienter vers des structures d'aide et de soutien, favoriser la mise en réseau des partenaires intervenant auprès de la famille de l'enfant ou de l'adolescent-e et pourra aussi décider d'un signalement à la Direction générale de l'enfance et de la jeunesse (DGEJ)³ et à la Justice de paix. Ces mesures sont centrées sur la protection de l'enfant.

Dès l'ouverture de la consultation médico-légale en 2006, un « *dossier patient* » conçu comme support à la pratique clinique a été prévu pour permettre un suivi épidémiologique de la population des patient-e-s. Depuis, ces données sont systématiquement saisies sur une base de données Access (V3.1). Cette base de données contient des informations riches dans le domaine de la violence interpersonnelle et sur l'exposition des enfants à la violence dans le couple parental.

² Voir la brochure de l'Unité en annexe.

³ Anciennement Service de protection de la jeunesse (SPJ).

Buts et objectifs

Ce travail de thèse s'inscrit dans une étude plus vaste de l'UMV sur l'exposition des enfants à la violence dans le couple [13]. Cette dernière s'est appuyée sur les données recueillies auprès de 430 victimes de violence dans le couple ayant 654 enfants mineurs et qui ont consulté l'UMV entre le 01.01.2011 et le 31.12.2014. Le but général de cette étude, à caractère exploratoire, était d'examiner parmi ces données, lesquelles pouvaient contribuer à éclairer la nature et les circonstances de l'exposition des enfants à la violence dans le couple parental. Le travail de thèse présenté ici constitue un volet de cette étude principale et s'est centré sur les signes de souffrance rapportés chez les enfants exposés à la violence dans le couple, afin de les mettre en perspective avec le contexte familial et les prises en charge professionnelles. Ce travail de thèse se focalise sur les données quantitatives et qualitatives relatives aux enfants âgés de 0 à 12 ans, tranche d'âge la plus représentée dans l'étude principale [13]. Il se limite aux données récoltées durant l'année 2014 et s'appuie sur les dires du parent victime et – quand les situations ont été présentées au CAN Team – sur les échanges entre les collaborateurs/collaboratrices de l'UMV et du CAN Team au sujet des enfants exposés.

Les objectifs de ce travail de thèse sont les suivants :

- Rendre compte des signes de souffrance constatés chez les enfants ; faire état des prises en charge professionnelles mises en place pour les enfants ;
- Indiquer dans quelle mesure le réseau professionnel médico-thérapeutique et pédagogique autour des enfants est au courant des violences dans le couple parental ;
- Décrire le contexte familial dans lequel vivent les enfants : la durée et la nature des violences dans le couple, l'existence de troubles psychiques chez les parents ;
- Faire état des prises en charge professionnelles de la violence et des éventuels troubles psychiques des parents.

Méthodologie

Le présent travail porte sur 119 dossiers de parents victimes de violence dans le couple qui ont consulté l'UMV au cours de l'année 2014, et qui sont les mères ou pères de 167 enfants de 0 à 12 ans.

Les données sont issues de la base de données Access, des « *dossiers patients* », des « *constats médicaux* » ainsi que des « *dossiers CAN Team* ». Ces dossiers, élaborés par les infirmières de l'UMV, sont issus des « *dossiers patients* » et servent de support aux échanges entre l'UMV et le CAN Team. Rappelons que toutes les situations ne sont pas systématiquement présentées au

CAN Team. Sur les 119 dossiers patients étudiés, 97 dossiers comportent un dossier CAN Team.

Des méthodes quantitatives et qualitatives sont utilisées pour la collecte et l'analyse des données rétrospectives.

Les données recueillies lors des consultations médico-légales

La plupart des victimes de violence interpersonnelle qui se présentent à l'UMV ont été adressées par le Service des urgences de l'hôpital où elles se sont rendues suite à l'agression. Là, les médecins ou les infirmières les ont informées de la possibilité de bénéficier d'une consultation médico-légale à l'UMV. Néanmoins, des victimes sont parfois orientées par des médecins de pratique privée, des professionnel-le-s du travail social, par la Police ou par des avocat-e-s. Des victimes peuvent aussi s'adresser directement à l'UMV. Les consultations médico-légales ont lieu sur rendez-vous et sont gratuites pour les patient-e-s. De plus, les victimes peuvent consulter, qu'elles aient ou non l'intention de déposer plainte.

Les consultations médico-légales avec les victimes de violence sont menées à l'UMV par des infirmières et supervisées par des médecins légistes. Les consultations pour violence dans le couple durent en moyenne deux heures. Au cours de ces consultations, les infirmières ou médecins mènent un entretien avec la victime à l'aide d'un questionnaire semi-structuré et notent ses réponses sur le formulaire⁴. Ce questionnaire est conservé par la suite dans le « *dossier patient* ».

Le « *dossier patient* » se compose de six chapitres :

1. **Données générales** : en particulier, accord du/de la patient-e d'être recontacté-e et moyens de le faire (adresse et/ou téléphone sûrs), médecin traitant ;
2. **Données sociodémographiques** : sexe, âge, nationalité, permis de séjour, état civil, formation, activité socioprofessionnelle, etc. ;
3. **Données relatives à l'événement violent à l'origine de la consultation** : dépôt de plainte ; date, heure et lieu de l'événement violent ; auteur de l'événement violent (nombre, connu ou non de la victime, sexe) ; typologie de l'événement violent selon la nature des actes (violence physique, sexuelle, psychologique, privations ou négligence) ; menaces ; plaintes sur les plans somatique et psychique au moment de la consultation, etc. ;

⁴ Aujourd'hui, le dossier patient est informatisé.

- a. **Données sociodémographiques sur l'agresseur s'il s'agit de violence conjugale (depuis 2009) :** âge, nationalité et permis de séjour, formation et activité socioprofessionnelle ;

4. **Données relatives à l'examen clinique centré sur les violences vécues :** notamment description de la situation familiale et sociale, **y compris des données concernant les enfants*** ; antécédents de violence du fait du même auteur ou d'un autre auteur ; antécédents médico-chirurgicaux ; localisation et nature des lésions ;

**Nombre d'enfants et leur âge et/ou grossesse de la patiente. Informations détaillées concernant les enfants mineurs : noms, prénoms, sexe et date de naissance. Estimation par le médecin ou l'infirmière de leur implication dans l'événement ou le processus violent. Pour chaque enfant, coordonnées du pédiatre, maman de jour/garderie/école, et s'ils sont au courant de la situation, et estimation par le patient de comment va l'enfant.*

- a. **Données relatives à la consommation d'alcool et de drogues de la victime et de l'auteur (depuis 2011) ;**

5. **Données relatives aux examens complémentaires ;**

6. **Conclusions :** orientation au sortir de la consultation **y compris d'éventuelles démarches à entreprendre concernant les enfants mineurs*.**

**Si un/des mineur(s) est/sont impliqué(s) dans l'événement violent à l'origine de la consultation, démarches proposées, décision ou non par le médecin ou l'infirmière de présenter la situation au CAN Team.*

Les infirmières entrent systématiquement les réponses aux questions fermées dans une base de données Access après la consultation. La consultation comprend également un examen physique médico-légal et des photographies des lésions. L'entretien s'achève par une orientation des victimes en fonction de leurs besoins dans le réseau médico-psycho-social et juridique. Le « *constat médical* » est ensuite dicté par l'infirmière, dactylographié par une secrétaire puis systématiquement revu et contresigné par un médecin légiste. Il est ensuite mis à disposition des victimes.

L'UMV dispose ainsi de données médico-légales récoltées auprès de victimes adultes de violence dans le couple, parmi lesquelles une partie sont les mères ou les pères d'enfants

mineurs. Ces données fournissent des informations qui sont utiles pour évaluer l'exposition de ces enfants à la violence dans le couple.

Sélection des données relatives aux enfants exposés à la violence dans le couple

En conformité au protocole de recherche (2017-01736) approuvé par la Commission Cantonale d'Éthique de la Recherche sur l'Être Humain (CER-VD), l'utilisation rétrospective des données concernant les patient-e-s de l'UMV inclus dans l'étude principale « *enfants exposés* » [13] a été autorisée, sans le consentement explicite des patient-e-s, à condition que toutes les données personnelles soient dépersonnalisées et codées.

La population de l'étude principale a été sélectionnée à partir de la base de données Access de l'UMV, en partant de l'ensemble des consultations pour violence dans le couple entre le 01.01.2011 et le 31.12.2014. Seules les consultations de mères ou pères d'enfants mineurs ont été retenues (n=430).

Pour le présent travail de thèse, seuls ont été sélectionnés les dossiers de patient-e-s ayant consulté en 2014 et qui ont des enfants âgés de 0 à 12 ans. Finalement, les données rétrospectives relatives à 119 victimes de violence dans le couple (dont deux partenaires ayant consulté l'UMV comme victimes du même événement violent) et 167 enfants mineurs ont été incluses dans l'étude, après avoir exclu les données de patient-e-s ayant refusé le consentement général pour la recherche au CHUV et les « *faux positifs* » (erreurs dans la saisie des données). Les victimes sont des mères dans 99 situations, et des pères d'enfants dans 20 situations.

Il est important de garder à l'esprit que ces données n'ont pas été récoltées directement auprès des enfants. Néanmoins, les informations recueillies par les infirmières de l'UMV auprès des parents victimes de violence dans le couple peuvent contribuer à comprendre la nature et les circonstances de l'exposition des enfants à la violence dans le couple. Il est évident que, comme toute source de données, celle-ci a une part de subjectivité et reflète un point de vue, celui des parents victimes. C'est pourquoi les résultats de cette étude exploratoire sont à considérer comme un premier pas important, mais non suffisant, pour comprendre l'exposition des enfants à la violence dans le couple parental ainsi que le contexte familial et social dans lequel ils vivent.

Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour la collecte et l'analyse des données.

Les données quantitatives

Les données quantitatives brutes ont été en grande partie extraites de la base de données Access. Elles comprennent, d'une part, des indications socio-démographiques fournies par les 117 victimes de violence dans le couple ayant des enfants mineurs, (formation professionnelle et état civil du parent victime ; âge, activité professionnelle, nationalité, permis de séjour du parent victime et de l'auteur-e de violence dans le couple ; nombre d'enfants du parent victime, leurs âges). D'autre part, la base Access fournit des données quantitatives caractérisant les événements violents spécifiques qui ont motivé la consultation des parents victimes (jour, heure, lieu de l'agression, lésions constatées, consommation d'alcool de l'auteur-e et de la victime, menaces verbales lors de l'événement violent, antécédents de violence). Une partie des données quantitatives est produite en procédant à des regroupements par catégories de données « *texte* » qui ont été extraites des dossiers (par exemple, pour estimer depuis combien d'années dure la violence dans le couple et depuis combien de temps les enfants y ont été exposés). Enfin, certaines données qui ne figurent pas dans la base Access ont été entrées manuellement dans la base SPSS (par exemple, l'âge de chaque enfant).

Les données qualitatives

Les données qualitatives retenues ont été sélectionnées à partir des récits recueillis auprès des victimes dans les « *dossiers patients* », les « *constats médicaux* » ainsi qu'à partir des « *dossiers CAN Team* ». Elles ont été classées et transcrites dans un fichier Excel selon les cinq axes ci-dessous :

Signes et symptômes de souffrance de l'enfant :

Interrogés à ce sujet au moyen de la question « *comment va l'enfant ?* », les parents victimes de violence dans le couple décrivent les difficultés de leurs enfants, qu'ils ont perçues ou qui ont été mises en évidence par un-e professionnel-le, que ces dernières soient ou non en lien avec leur exposition à la violence. Nous les avons classées selon leur mode d'expression et selon deux catégories d'âge.

Les signes et symptômes des enfants d'âge préscolaire sont catégorisés parmi les modes d'expression suivants : troubles du sommeil, troubles de l'appétit, modifications des pleurs diurnes et nocturnes, troubles du comportement, difficultés de développement du langage, difficultés de concentration, perturbations lors des séparations, ou tendance aux affections somatiques. Pour les enfants d'âge scolaire, les modes d'expression retenus sont : troubles émotionnels, troubles du comportement, troubles des apprentissages ainsi que troubles du

sommeil et troubles de l'appétit. Les répercussions somatiques sont également répertoriées, telle qu'une énurésie primaire ou une tendance aux affections somatiques.

Durée et nature de l'exposition à la violence dans le couple :

Comme décrit plus haut, dans le troisième chapitre du « *dossier patient* », les parents victimes décrivent la violence vécue et le déroulement précis du dernier événement violent. Deux variables ont été créées dans SPSS 23 dans le but d'analyser les facteurs temporels de l'exposition :

- 1) Âge de chaque enfant. Ces âges ont été calculés à partir des années de naissance des enfants consignées dans les dossiers⁵.
- 2) Durée des violences dans le couple. Ce chiffre a été calculé pour chaque victime en soustrayant à l'année de la consultation l'année estimée du début des violences. L'année du début des violences physiques, sexuelles et psychologiques a été estimée à partir des indications figurant dans les constats médicaux, habituellement formulées ainsi : « Madame/Monsieur indique que la violence a débuté... ». Une valeur de zéro a été entrée lorsque la victime avait indiqué qu'il n'y avait aucun antécédent de violence par la même personne auteure.

La date de début des violences physiques a été mise en lien avec l'âge de chaque enfant afin d'établir depuis combien de temps, puis depuis quel âge chaque enfant avait été exposé aux violences dans le couple parental.

Difficultés psychiques des parents et leur éventuelle prise en charge :

Pendant la consultation médico-légale, les parents victimes sont questionné-e-s au sujet de leur état de santé physique et psychique et des éventuelles prises en charges dont ils bénéficient. Les parents victimes peuvent également mentionner les difficultés psychiques de l'auteur-e. Nous avons classé les difficultés psychiques évoquées en grandes catégories nosologiques en fonction de leur mode d'expression principal : les consommations de substances, les troubles de l'humeur et les troubles du sommeil.

⁵ Comme l'exigent les normes de protection des données de la Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain du canton de Vaud et du CHUV, les dates de naissance exactes ont dû être supprimées avant l'utilisation des données à des fins de recherche, seules les années de naissance ont été gardées.

Interventions ou mesures mises en place en lien avec la violence dans le couple :

Lors de la consultation à l'UMV, le parent victime rapporte les interventions et les mesures mises en place par le passé pour la famille et/ou l'enfant, en lien avec la violence dans le couple. Nous les avons répertoriées.

Environnement pédagogique et thérapeutique de l'enfant :

Dans les dossiers patients concernant les enfants des victimes, certaines questions portent sur les professionnel-le-s qui sont en contact régulier avec les enfants (lieux d'accueil des enfants d'âge préscolaire ; écoles que les enfants d'âge scolaire fréquentent ; pédiatre ou autre intervenant-e thérapeutique et social).

Connaissance des violences dans le couple parental par les professionnel-le-s :

Nous avons répertorié de manière systématique les informations concernant les professionnel-le-s qui prennent en charge les enfants exposés, et considéré s'ils/elles avaient, aux dires du parent victime, connaissance de la violence dans le couple parental. En effet, il était systématiquement demandé aux parents victimes si les professionnel-le-s de l'environnement pédagogique et/ou thérapeutique étaient au courant.

Résultats

Après une description des caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, les résultats sont structurés et synthétisés selon les cinq axes qui ont guidé les analyses.

Caractéristiques sociodémographiques

Les résultats portent sur 119 dossiers de parents victimes. Dans un couple, l'homme et la femme ont tour à tour consulté en tant que victime de l'autre.

Les parents victimes

Les caractéristiques sociodémographiques des victimes sont détaillées dans le tableau 1. Une grande majorité des parents victimes sont des mères (plus de 4 fois sur 5) et une minorité sont des pères (moins d'une fois sur 5). Le plus souvent, leurs âges se situent entre 25 et 44 ans. Environ un tiers des parents victimes n'a pas achevé leur scolarité ou n'a pas terminé d'études après l'école obligatoire. Environ un tiers a terminé un apprentissage, alors que le dernier tiers a obtenu un diplôme d'études secondaires ou a terminé une formation professionnelle supérieure. Plus de 2 fois sur 5, les parents victimes n'ont pas, au moment de la consultation, d'activité professionnelle rémunérée. Enfin, plus de la moitié des parents victimes sont de nationalité

suisse ou titulaires d'un passeport d'un pays de l'UE/AELE. Les autres sont des ressortissant-e-s d'États tiers.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des victimes de violence dans le couple ayant des enfants mineurs (n=119)

Caractéristique concernée	N	%
SEXE		
- Hommes	20	16.8
- Femmes	99	83.2
AGES		
- Moins de 25 ans	9	7.6
- 25-34 ans	49	41.2
- 35-44 ans	51	42.9
- 45-54 ans	9	7.6
- 55-64	1	0.8
- 65 et plus	0	0.0
DERNIERE FORMATION ACHEVEE		
- Aucune école terminée	11	9.2
- Scolarité obligatoire	29	24.4
- Apprentissage	41	34.5
- Maturité ou école de culture générale	13	10.9
- Formation professionnelle supérieure	25	21.0
ACTIVITE PROFESSIONNELLE		
- Avec	67	56.3
- Sans	52	43.7
ETAT CIVIL		
- Célibataire	25	21.0
- Marié-e	66	55.5
- Veuve/veuf	2	1.7
- Divorcé-e	13	10.9
- Séparé-e	13	10.9
NATIONALITE		
- Suisse	38	31.9
- UE/AELE	28	23.5
- États tiers	53	44.5

Les auteur-e-s de violence

Le tableau 2 détaille les caractéristiques sociodémographiques des auteur-e-s de violence dans le couple. Il s'agit en grande majorité d'hommes et plus rarement de femmes. Les auteur-e-s sont généralement les mères ou pères de tous les enfants, sauf dans 4 situations dans lesquelles 4 enfants ne sont pas les enfants de l'auteur-e (3 hommes, 1 femme). Les tranches d'âges les plus représentées, chez les auteur-e-s, se situent entre 25 et 54 ans. Près de 3 fois sur 10, les auteur-e-s de violence dans le couple n'ont pas d'activité rémunérée. Enfin, près des deux tiers des auteur-e-s de violence dans le couple sont suisses ou ressortissant-e-s d'un pays de l'UE/AELE. Environ un tiers a la nationalité d'un État tiers.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des auteur-e-s de violence dans le couple (n=119)

Caractéristique concernée	N	%
SEXE		
- Hommes	99	83.2
- Femmes	20	16.8
AGES		
- Moins de 25 ans	6	5.0
- 25-34 ans	48	40.3
- 35-44 ans	37	31.1
- 45-54 ans	24	20.2
- 55-64	1	0.8
- 65 et plus	2	1.7
- Donnée manquante	1	0.8
ACTIVITE PROFESSIONNELLE		
- Avec	82	68.9
- Sans	35	29.4
- Données manquantes	2	1.7
NATIONALITE		
- Suisse	47	39.5
- UE/AELE	30	25.2
- États tiers	42	35.3

Situations familiales

L'absence d'activité rémunérée chez le parent victime et/ou l'auteur-e peut indiquer une précarité financière. Les personnes avec la nationalité d'un pays tiers ont généralement un statut de séjour moins favorable que celui des ressortissant-e-s de l'UE/AELE. Nous pouvons déduire que ces deux situations représentent des indicateurs de vulnérabilités, qui touchent plus souvent

les parents victimes, principalement des mères, mais aussi dans une certaine mesure les auteur-e-s de violence. Que leur mère et/ou leur père soit en situation précaire, cela affecte aussi les enfants et représente une difficulté qui s'ajoute au fait de vivre avec la violence dans le couple parental.

79.0% des couples partagent le même domicile (94/119 ; 79.0%). Cela peut signifier que les parents victimes et leurs enfants sont plus souvent confrontés à la violence de l'auteur-e, du moment qu'il y a cohabitation avec ce dernier.

Les enfants

Sur les 167 enfants âgés de 0 à 12 ans, pratiquement la moitié sont des garçons (84/167 ; 50.3 %) et la moitié des filles (83/167 ; 49,7). Les enfants d'âge préscolaire (0-4 ans) sont légèrement moins nombreux (69/167 ; 41,3%) que ceux d'âge scolaire (5-12 ans) (98/167 ; 58.7%). Au moment de la consultation en 2014, 6 femmes sont enceintes, dont 2 n'ont pas d'autres enfants. 56 enfants sont enfants uniques de la victime, dont 5 font partie de familles recomposées (avec des enfants de l'auteur-e). Les autres enfants font partie de fratries, la plupart du temps comprenant 2 enfants et dans lesquelles tous les enfants ont moins de 13 ans. Plus rarement, les enfants ont des frères et/ou sœurs de 13 à 17 ans (22 enfants de 0 à 12 ans sont concernés). Sur 118 événements violents, dans la grande majorité d'entre eux (99/118 ; 83.9%) au moins un enfant mineur était présent au moment des faits.

Signes et symptômes de souffrance de l'enfant

Selon les dires des victimes, un peu moins d'un tiers des enfants (51/167 ; 30.5%) présente des signes et symptômes de souffrance. Nous énumérons ci-dessous les plus fréquemment cités.

Chez les enfants d'âge préscolaire (0-4 ans), les parents victimes évoquent des troubles que nous avons catégorisés comme des **modifications des grandes fonctions instinctuelles** comme le sommeil ou l'appétit. Sont ainsi mentionnés des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes ou des cauchemars. L'appétit est diminué dans une situation.

Un père victime rapporte au sujet de son fils de 2 ans : « C'est difficile de l'endormir le soir, il doit s'endormir avec moi » (4392)⁶.

Un autre père victime rapporte au sujet de son fils de 4 ans : « Il fait de temps en temps des cauchemars et pleure la nuit » (4336).

⁶ Ce nombre correspond au code de dépersonnalisation attribué aléatoirement pour préserver l'anonymat des patient-e-s inclus-e-s dans l'étude.

Une mère victime décrit au sujet de sa fille de 2 ans : « Depuis son arrivée au centre d'hébergement MalleyPrairie, elle mange peu, se réveille et m'appelle pendant la nuit » (4362).

Des modifications des **pleurs** diurnes et nocturnes ont été rapportées.

Dans les exemples suivants, des **troubles du comportement** sont rapportés. Cela se traduit notamment par de l'agitation ou une augmentation de l'agressivité :

Une mère victime rapporte au sujet de son fils de 4 ans : « Ses éducatrices le décrivent comme perturbé et perturbant » (4173).

Une mère victime dit de son fils de 4 ans : « Il peut me taper » (4065).

Des **difficultés de développement du langage** sont également mises en évidence. Dans une autre situation, un **retard global du développement psychomoteur** est décrit :

La mère victime rapporte au sujet de son fils de 1 an : « Il présente un développement au ralenti » (4057).

Des **difficultés de concentration** sont rapportées :

Une mère victime dit de son fils de 4 ans : « Il ne dort pas bien depuis les faits, il se réveille au cours de la nuit et pleure. Il peine à se concentrer » (4211).

Des **perturbations lors des séparations** sont relatées :

« Elle est parfois difficile au moment d'aller chez le père » (4296) relate une mère victime au sujet de sa fille de 4 ans.

Des **tendances aux affections somatiques** (bronchiolites et otites à répétition notamment) sont décrites.

Chez les enfants d'âge scolaire (5-12 ans), les parents victimes ont rapporté des troubles qui correspondent à des **retentissements émotionnels** comme l'expression de tristesse, de peur et d'inquiétudes en lien avec la situation familiale :

Une mère victime dit de sa fille de 6 ans : « Son enseignante la décrit comme triste et n'allant pas bien » (4055).

Une autre mère victime rapporte au sujet de son fils de 12 ans : « Il a peur de son père. Il est traumatisé par l'intervention de police armée » (4173).

Une mère victime relate au sujet de sa fille de 6 ans : « Elle est inquiète, nerveuse. Elle a peur de son père » (4263).

On retrouve également de la **dépression** dans les dires des parents victimes, dont une situation avec idéations suicidaires verbalisées :

Un père victime dit au sujet de son fils de 12 ans qu'il s'inquiète beaucoup pour lui parce qu'il a déjà exprimé des idées suicidaires (4111).

D'autres parents ont remarqué dans le **comportement** de leurs enfants de la nervosité, de l'inhibition, de l'agitation et de la violence envers les pairs :

Une mère victime rapporte au sujet de sa fille de 6 ans que son enseignante la trouve stressée (4279).

Une autre mère victime dit de son fils de 10 ans : « C'est un enfant qui s'exprime peu. Il est réservé » (4301).

Une femme victime dit de ses beaux-enfants, un garçon de 7 ans et une fille de 9 ans, qu'elle les trouve souvent très excités, qu'ils font des bêtises, ne s'entendent pas entre eux et se frappent (4278).

Une mère victime rapporte au sujet de sa fille de 6 ans : « Elle est devenue plus agressive depuis les derniers événements » (4287).

Un **impact sur les apprentissages** sous forme de difficultés scolaires ou des troubles de l'attention sont relatés :

Un père victime rapporte au sujet de son fils de 7 ans : « Il a des difficultés à l'école qui se sont aggravées depuis la séparation » (4282).

Une autre mère victime rapporte au sujet de son fils de 12 ans : « À l'école, il oublie les choses, il est dans ses pensées. » (4271).

Des **modifications des grandes fonctions instinctuelles** telles que le sommeil (sommeil perturbé) ou l'appétit (perturbation, surpoids, obésité) ont été signalées :

Une mère victime raconte au sujet de sa fille de 7 ans : « Depuis le dernier épisode, elle dort moins bien, elle a de la peine à s'endormir, elle se réveille pendant la nuit et cherche refuge dans notre lit » (4077).

On note une **énurésie primaire** et une **tendance aux affections somatiques** (eczéma).

Durée et nature de l'exposition à la violence dans le couple

Près de 8 parents victimes sur 10 (95/119 ; 79.8%) signalent des antécédents de violence physique dans le couple par la même personne auteure avant l'événement violent ayant motivé la consultation. Environ 2 sur 10 parents victimes (24/119 ; 20.2%) déclarent qu'il n'y a pas eu de tels antécédents et qu'il s'agissait donc d'un premier épisode de violence physique dans le couple par la même personne auteure. Cela n'exclut pas qu'il y ait eu, dans le passé, d'autres formes de violence (économique, psychologique ou sexuelle). On dénombre, dans ce cas, 7 situations où de la violence psychologique antérieure est rapportée, de type menaces, insultes, dénigrement, une situation avec des antécédents de violence psychologique et de contrainte sexuelle et une dernière situation avec violence économique et psychique antérieures au premier épisode physique de violence.

Les parents victimes ont rapporté fréquemment que d'autres formes de violences par la ou le même auteur-e s'ajoutaient aux antécédents de violences physiques. Les violences psychologiques sont rapportées spécifiquement dans près d'une situation sur deux (50/119 ; 42.0%). La violence économique est spécifiquement rapportée dans un peu moins d'un dixième des situations (11/119 ; 9.2%). 6 femmes ont relaté avoir aussi été victime de violence sexuelle.

Une mère d'une fille de 2 ans, victime, rapporte de la violence psychologique avec insultes, de la violence économique et de la violence sexuelle depuis son arrivée en Suisse il y a huit ans. Elle mentionne également un épisode de violence physique alors qu'elle était enceinte (4129).

Une autre femme victime, mère d'un garçon de 11 ans, relate des violences psychologiques, physiques et deux viols depuis dix-sept ans (4105).

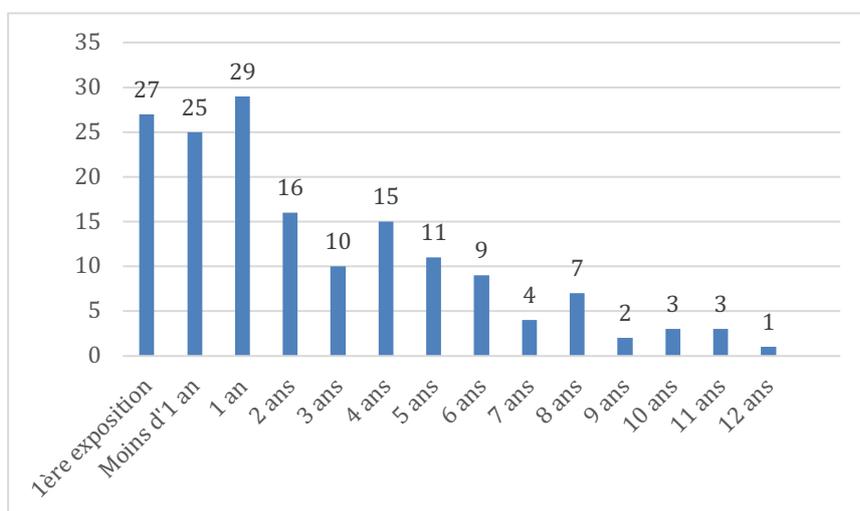
Un père de deux garçons de 4 et 1 an, victime, explique que depuis quelques années, son épouse est devenue très possessive et lui fait tout le temps des reproches et l'accuse de la tromper. Pour éviter les problèmes, il ne sort plus et n'a plus de vie sociale. Souvent, elle l'insulte et le dénigre devant les enfants (4336).

Lors du dernier événement violent, dans une grande partie des situations, au moins un enfant était présent (99/119 ; 83.2%). La plupart des situations ont été présentées au CAN Team (97/119 ; 81.5%).

Deux variables ont été créées dans le but d'analyser les facteurs temporels de l'exposition : la durée d'exposition et l'âge de la première exposition. Rappelons que la durée d'exposition des enfants aux violences dans le couple a été déduite à partir de la question posée à toutes les victimes sur l'existence d'antécédents de violence physique par la même personne auteure. Dans la négative, il était considéré qu'il s'agissait du premier événement violent. Dans l'affirmative, il était demandé à la victime de préciser quand, selon elle, les violences, qu'elles soient physiques, sexuelles et/ou psychiques, avaient débuté.

La durée d'exposition a alors été calculée en soustrayant l'âge des enfants à la durée d'exposition. La figure 1 en présente les résultats.

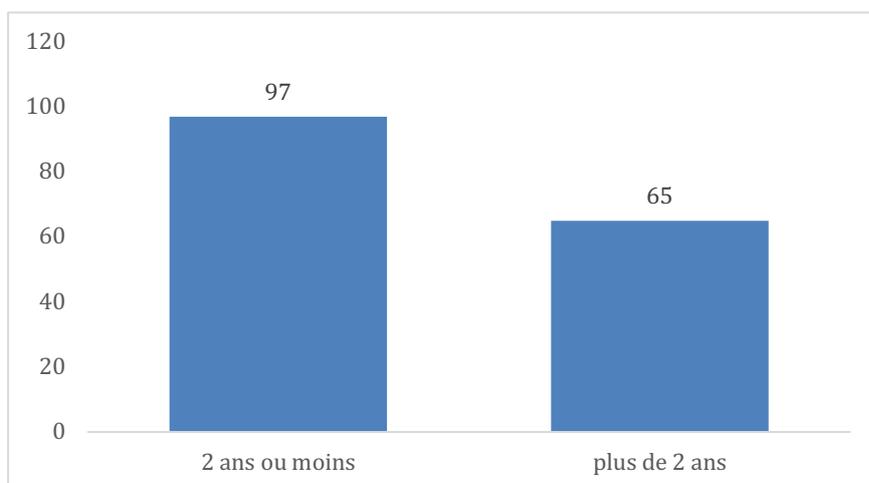
Figure 1 : Durée d'exposition des enfants à la violence dans le couple parental (n=167)



Si nous procédons à un regroupement des durées d'exposition en +/- de 2 ans, nos résultats montrent que :

- Plus d'un enfant sur deux (97/167 ; 58.1%) avait été exposé depuis 2 ans ou moins ;
- Un tiers des enfants environ (65/167 ; 38.9%) avait été exposé depuis plus longtemps, soit depuis 3 ans et plus, ce qui est particulièrement long dans la vie d'un enfant.

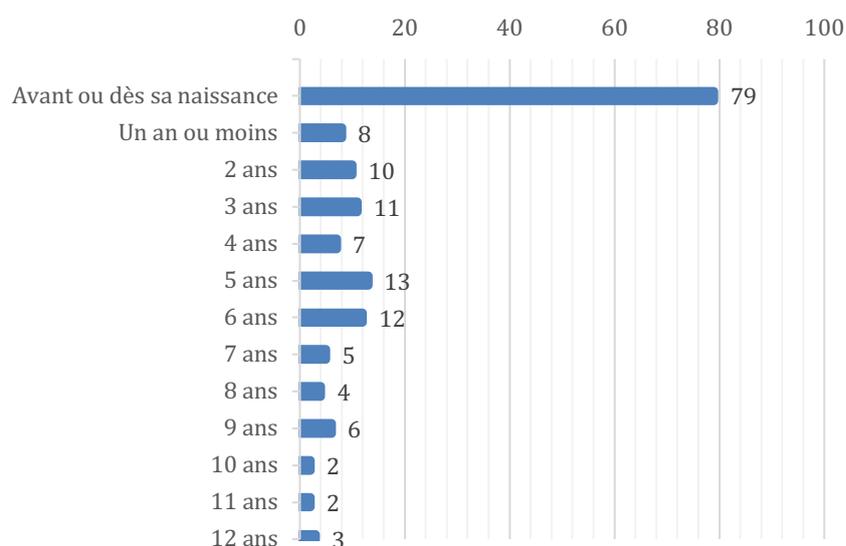
Figure 2 : Exposition des enfants (n=167) à la violence dans le couple parental, d'une durée inférieure ou supérieure à 2 ans



Concernant **l'âge de la première exposition**, ce dernier a été obtenu en soustrayant à l'âge de l'enfant la durée des violences. Lorsque la durée des violences était supérieure à l'âge de l'enfant, les violences étaient considérées comme antérieures à sa naissance.

La figure ci-dessous montre en détail les estimations des âges auxquels les enfants ont été exposés à la violence dans le couple pour la première fois.

Figure 3 : Âge de la première exposition des enfants à la violence dans le couple parental (n=167)



Les violences sont survenues avant ou dès la naissance de presque la moitié des enfants (79/167 ; 47.3%). Ces enfants ont donc toujours été exposés à la violence dans le couple.

Difficultés psychiques des parents et leur éventuelle prise en charge

Un tiers des **parents victimes** dit souffrir de difficultés psychiques (40/119 ; 33.6%). Il s'agit majoritairement de troubles de l'humeur de type dépression (26/40 ; 65%). Dans une moindre mesure, d'autres troubles sont rapportés, notamment une consommation d'alcool problématique (5/40 ; 12.5%) et des troubles du sommeil (4/40 ; 10%). Six mères victimes relatent des antécédents d'hospitalisation en raison de la gravité de leurs symptômes dépressifs.

Une femme victime, enceinte de son premier enfant, rapporte avoir fait une tentative de suicide et avoir été hospitalisée en tout début de grossesse (4393).

Une autre femme, mère de deux enfants de 4 et 7 ans, relate avoir eu des fins de grossesses très difficiles avec césariennes suivies de dépressions post-partum et une hospitalisation durant 3 jours en 2011 et 2 semaines en 2013 (4286).

Il arrive que le parent victime rapporte des difficultés psychiques chez **l'auteur-e des violences** (37/119 ; 31.1%). Ce sont principalement des consommations de substances (alcool, drogues, médicaments) (34/37 ; 91.9%). La consommation de substances multiples est retrouvée chez presque un tiers des auteur-e-s (11/37 ; 29.7%) mais c'est surtout la consommation problématique d'alcool qui est citée (20/37 ; 54.1%).

Une mère de 4 enfants, victime, dit du père de ses deux cadets qu'il a une consommation d'alcool problématique à ses yeux et qu'il fume du cannabis (4230).

Ainsi, lorsqu'ils souffrent de troubles psychiques, les parents victimes rapportent principalement une baisse de l'humeur avec une symptomatologie dépressive. Lorsque les parents victimes évoquent les difficultés psychiques de l'auteur-e, ils décrivent principalement des consommations de substances problématiques à leurs yeux.

Plus de 8 victimes sur 10 qui souffrent de troubles psychiques indiquent qu'elles sont prises en charge sur le plan thérapeutique (33/40 ; 82.5%). Chez les auteur-e-s de violence cependant, c'est, selon les dires des victimes, la tendance inverse : plus de 8 auteur-e-s sur 10 pour lesquels des difficultés psychiques sont décrites par le parent victime ne bénéficient pas de suivi spécifique.

Douze fratries, dont un bébé à naître, ont leurs deux parents qui souffrent de difficultés psychiques.

Une mère d'un enfant, victime, dit du père qu'il est polytoxicomane (méthadone, Rohypnol®, alcool, héroïne, cocaïne). Elle vient de faire la demande pour un suivi psychiatrique en raison d'une symptomatologie dépressive pour elle-même (4129).

Une autre mère d'un enfant, victime, rapporte que le père a tendance à consommer trop d'alcool. Elle-même souffre de dépression. Elle bénéficie d'un suivi psychiatrique et d'un traitement antidépresseur (4287).

Concernant le bébé à naître, sa mère, victime, décrit le futur père comme ayant une consommation abusive d'alcool et de benzodiazépines. Elle-même a des antécédents de toxicomanie pour la cocaïne et l'héroïne et bénéficie de l'assurance invalidité pour un état dépressif chronique (4223).

Consommation d'alcool des auteur-e-s⁷

Plusieurs questions étaient posées concernant la consommation d'alcool de l'auteur-e. Selon la victime, l'auteur-e était alcoolisé-e lors de l'événement violent à l'origine de la consultation dans plus d'un tiers des situations (41/119 ; 34.5%). Elle considérait que l'auteur-e avait un problème d'alcool dans 23.5% des situations (28/119 ; 23.5%). Selon elle, la consommation d'alcool de l'auteur-e était un facteur déclenchant de son comportement violent dans 26.9% des situations (32/119 ; 26.9%).

Interventions et mesures mises en place en lien avec la violence dans le couple

Le parent victime rapporte des interventions ou mesures mises en place par le passé pour la famille et/ou l'enfant, en lien avec la violence dans le couple dans un tiers des situations (39/119 ; 32.8%). Ces interventions ou mesures prennent différentes formes, tels des consultations ambulatoires ou un hébergement au Centre d'accueil MalleyPrairie⁸, des interventions du CAN Team ou de la DGEJ (avec ou sans mandat), des consultations de couple, de famille, de l'un des parents, des enfants ou l'intervention d'une sage-femme à domicile.

⁷ Rappelons que les auteur-e-s ne sont pas toujours les parents des enfants.

⁸ Le Centre d'accueil MalleyPrairie offre des consultations ambulatoires pour les femmes et les hommes victimes de violences conjugales ou de famille. Il offre également un hébergement pour les femmes victimes avec ou sans enfants (www.MalleyPrairie.ch).

Professionnel-le-s de l'enfance : qui est au courant ?

Plusieurs questions étaient posées aux parents victimes lors des consultations quant à l'environnement pédagogique et thérapeutique des enfants (école ou garderie/maman de jour, suivi psychothérapeutique ou autre, par exemple logopédiste). Systématiquement, il était demandé si ces professionnel-le-s étaient au courant de la violence dans le couple parental.

Tableau 3 : Connaissance de la violence dans le couple parental par les professionnel-le-s encadrant les enfants (n=167)

Type de professionnel-le-s	Nombre d'enfants en contact avec ces professionnel-le-s	Situations connues de ces professionnel-le-s
- Enseignant-e-s	98	9 (9.2%)
- Éducateur-trice-s de la petite enfance	33	10 (30.3%)
- Psychologues, pédopsychiatres	26	7 (26.9%)
- Pédiatres	167	26 (15.6%)

Tous les enfants d'âge scolaire (5-12 ans) sont au contact continu et régulier de leurs enseignant-e-s. Pour moins d'un enfant sur dix, leurs enseignant-e-s ont connaissance des violences dans le couple parental (9/98 ; 9.2%).

Près de la moitié des enfants d'âge préscolaire (0-4 ans) fréquentent une garderie (33/69 ; 47.8%) et sont au contact régulier de leurs éducateur-trice-s. Les éducateur-trice-s de près d'un tiers des enfants sont au courant de la situation de violence dans le couple parental (10/33 ; 30.3%).

Ainsi, selon les parents victimes, l'environnement socio-pédagogique est au courant de la violence dans le couple pour près d'un dixième des enfants (19/167 ; 11.4%).

Un peu plus de 3 sur 20 des enfants d'âge préscolaire et scolaire ont bénéficié ou bénéficient d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique (26/167 ; 15.6%).

Un garçon de 10 ans est suivi en psychologie scolaire pour des difficultés à créer des liens avec ses camarades à l'école (4301).

Le/la psychologue ou pédopsychiatre était ou est au courant des violences dans le couple parental dans un peu plus d'un quart des situations (7/26 ; 26.9%). Concernant les autres intervenant-e-s thérapeutiques, 2 enfants ont un suivi logopédique (1 logopédiste au courant),

un enfant est suivi par une infirmière de la petite enfance (au courant) et un enfant est suivi par le Service éducatif itinérant (connaissance non spécifiée).

Pour un peu plus de 3 enfants sur 20, leur pédiatre est au courant des violences dans le couple parental (26/167 ; 15.6 %).

Au terme de chaque consultation, l'infirmière demande systématiquement au parent victime s'il est d'accord d'informer le/la pédiatre des violences dans le couple (annexe 2 : lettre type envoyée au pédiatre).

Si la majorité des parents victimes accepte que l'infirmière de l'UMV informe le pédiatre des violences dans le couple, 12.6% (15/119) des parents victimes ne le souhaitent pas. Il n'y a généralement pas d'explication donnée à ce refus (11/15 ; 73.3%), sauf dans 4 situations. Les explications suivantes ont été données :

Une mère de deux filles de 7 et 9 ans, victime, explique : « Je connais mal la pédiatre, je ne la vois pas comme un soutien » (4123).

Une mère d'un garçon de 8 ans, victime, déclare : « Je ne veux pas qu'on écrive au pédiatre car c'est le premier épisode de violence physique » (4358).

Une mère d'un garçon de 10 ans et d'une fille de 12 ans, victime, ne souhaite pas que l'on contacte le pédiatre sans l'accord de son ex-mari et père des enfants, qui n'est pas l'auteur des violences (4295).

Une mère d'une fille de 3 ans, victime, souhaite informer elle-même le pédiatre du dernier épisode (4189).

Ainsi, les éducateur-trice-s de la petite enfance et les intervenant-e-s thérapeutiques sont plus souvent au courant des violences dans le couple que les enseignant-e-s ou les pédiatres. Toutefois, il faut noter qu'une partie seulement des enfants en âge préscolaire fréquentent une garderie et qu'une minorité des enfants suivent une thérapie.

Discussion et conclusion

Les objectifs de la présente étude étaient les suivants :

- Rendre compte des signes de souffrance constatés chez les enfants ; faire état des prises en charge professionnelles mises en place pour les enfants ;
- Indiquer dans quelle mesure le réseau professionnel médico-thérapeutique et pédagogique autour des enfants est au courant des violences dans le couple parental ;

- Décrire le contexte familial dans lequel vivent les enfants : la durée et la nature des violences dans le couple ;
- Faire état des prises en charge professionnelles de la violence et des éventuels troubles psychiques des parents.

Un lien probable entre symptômes et exposition

Dans la population étudiée, la nature des signes et symptômes de souffrance de l'enfant rapportés par le parent victime correspond à ce qui est généralement décrit dans la littérature, à savoir que le retentissement clinique et psychologique de l'exposition des enfants à la violence dans le couple prend la forme d'une symptomatologie post-traumatique non spécifique avec des variations en fonction de l'âge de l'enfant. Aussi, c'est plutôt le type de trouble rencontré, et non son intensité, qui va varier selon l'âge de l'enfant [14]. Chez les enfants d'âge préscolaire, les signes et symptômes rapportés dans notre étude appartiennent aux troubles du sommeil, troubles de l'appétit, modification des pleurs diurnes et nocturnes, troubles du comportement et du caractère, difficulté de développement du langage, difficulté de concentration, perturbations lors des séparations ou tendance aux affections somatiques. Pour les enfants d'âge scolaire, les troubles décrits appartiennent aux troubles émotionnels, troubles du comportement, troubles des apprentissages ainsi qu'aux troubles du sommeil et aux troubles de l'appétit. On note une énurésie primaire et une tendance aux affections somatiques.

Plusieurs auteur-e-s soulignent que la durée d'exposition à la violence dans le couple parental tend à augmenter la probabilité et la gravité des symptômes chez les enfants. Zaouche-Gaudron et Paul [15] mettent en avant que plus la durée pendant laquelle l'enfant est exposé à la violence est longue, plus on retrouve chez ces enfants des manifestations anxieuses et colériques et des difficultés à se contrôler. Quant à Durand, magistrat [16], il relève que les conséquences traumatiques de l'exposition dépendent de sa durée, mais sont aussi susceptibles d'être modérées par d'autres facteurs, en particulier « *l'environnement familial et social restreint et élargi où il aura pu (ou pas) trouver de la sécurité, ainsi que les caractéristiques personnelles de sa personnalité.* » (pages 60-61).

Les résultats de nos analyses ne permettent pas de déduire un lien de cause à effet entre l'exposition à la violence dans le couple parental d'une part, et les symptômes rapportés par les parents victimes ainsi que leur gravité d'autre part. Toutefois, il reste que de nombreuses évidences montrent que l'exposition à la violence dans le couple augmente le risque de développer la plupart des symptômes cités. Comme mentionné dans l'introduction, l'exposition

de l'enfant ou de l'adolescent-e à la violence dans le couple constitue une forme de maltraitance à leur rencontre qui, à long terme, peut avoir des conséquences similaires en terme de santé à celles de la maltraitance physique [7]. Rappelons que le fait de vivre, au cours de son enfance, dans un foyer où s'exerce de la violence dans le couple parental, constitue une des expériences d'adversités vécues dans l'enfance dont on sait qu'elles constituent un risque pour la santé tout au long de la vie [8 et 9].

Dans le cadre de notre étude, nous avons mis en évidence que des violences physiques sur le parent victime sont antérieures à la naissance de près de la moitié des enfants exposés à la violence dans le couple. Cette population d'enfants, exposée de tout temps à la violence dans le couple, paraît particulièrement vulnérable et présente un risque plus élevé de souffrances émotionnelles et de difficultés comportementales que les autres. Le conseil en périnatalité Profaf⁹ fait partie du programme de promotion de la santé et prévention primaire enfants (0 à 4 ans) - parents du canton de Vaud. Lors des consultations proposées, les sages-femmes conseillères et assistantes sociales en périnatalité donnent une attention particulière à l'histoire de chaque grossesse et au couple parental dans un but de prévention périnatale et de promotion de la santé. Bien au fait que les enfants exposés à la violence dans le couple parental sont des victimes directes de cette violence, le service s'était donné comme objectif que la violence domestique soit abordée avec toutes les femmes enceintes ou vues en post-partum en 2013 [17].

Un phénomène peu visible parmi les professionnel-le-s de l'enfance

L'éventuelle exposition d'un enfant aux violences dans le couple est très peu connue par les partenaires du réseau pédagogique, psychologique et médical des enfants concernés par notre étude. Tant les éducateur-trice-s que les enseignant-e-s et les soignant-e-s qui fréquentent régulièrement les enfants ont peu connaissance de l'exposition de ces derniers à la violence dans couple.

Nos résultats ont montré que chez les enfants en âge préscolaire fréquentant une crèche, les professionnel-le-s de la petite enfance étaient relativement souvent au courant des violences dans le couple parental (30%). Cela pourrait être en partie expliqué par la fréquence élevée des contacts et des échanges entre les parents et les éducateur-trices, les enfants ne pouvant pas (encore) se rendre seuls à la crèche en raison de leur jeune âge.

⁹ www.profa.ch

Nos résultats ont montré que les enseignant-e-s en contact avec les enfants étaient relativement rarement au courant des violences dans le couple parental (9%). Une initiative prometteuse a cependant été mise en place depuis quelques années dans le canton de Vaud : le dispositif « SESAME » (Soutien aux établissements scolaires lors de situations de suspicions d'abus sexuels ou de maltraitance d'élèves), élaboré par l'Unité de promotion de la santé et prévention en milieu scolaire (Unité PSPS), mandatée par le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture (DFJC) et le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), a pour but d'harmoniser et de faciliter la réponse des établissements scolaires et de formation aux situations de suspicions d'abus sexuels ou de maltraitance d'élèves révélées en milieu scolaire [18]. Ce dispositif permet notamment la mise en place d'un groupe de référent-e-s dont les connaissances et les compétences spécifiques permettent de mieux analyser ces situations et d'améliorer leur orientation.

Dans nos analyses, les pédiatres sont au courant des violences dans le couple dans 15% des situations. Il est vraisemblable que le fait de ne pas être au courant soit en partie dû aux réticences des professionnel-le-s à aborder le sujet. C'est en effet ce que suggère une recherche menée dans le canton de Vaud [19], qui a notamment consulté des pédiatres en cabinet privé à propos de la détection des maltraitements infantiles. Ces professionnel-le-s ont confié leur crainte que « *des questionnements trop intrusifs ne poussent les parents à changer de médecin, avec le risque de perdre le contact avec l'enfant* ». Rappelons qu'au terme de chaque consultation des victimes à l'UMV, l'infirmière demande systématiquement à la patiente ou au patient leur accord avant d'informer le pédiatre des violences dans le couple, et que la grande majorité des parents victimes le donne. Il serait intéressant d'en savoir plus sur ce qu'entreprennent les pédiatres après avoir reçu cette information.

Selon nos résultats, un sixième des enfants d'âge préscolaire et scolaire a bénéficié ou bénéficie d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique. Ces intervenant-e-s thérapeutiques étaient ou sont au courant des violences dans le couple dans un peu plus d'un quart des situations (26.9%). Cela reste relativement peu compte tenu de la spécialisation de ces intervenant-e-s. Il est fort probable que la violence dans le couple ne soit pas amenée par les parents comme motif principal de consultation, et que cela reste un sujet tabou pour les victimes. Comme le dit Coutanceau [20] : « *Le plus souvent, la femme ne cherchera pas d'aide et aura le plus grand mal à parler de ce qui lui arrive (...) Et puis il y a la honte devant le retentissement que prendrait la divulgation de la vexation qu'elle connaît, auprès de ses parents, de ses proches,*

de ceux qui la connaissent. Il y a là de quoi nourrir son intention de garder farouchement le secret. » (page 111).

Il semble ainsi exister un besoin, chez les professionnel-le-s, d'être sensibilisé-e-s au fait que les violences dans le couple ont des répercussions sur le bien-être des enfants.

Des cumuls de vulnérabilités dans la famille

La violence dans le couple, en elle-même, risque fortement de porter atteinte à la santé physique et psychique des parents victimes, de leurs enfants, et sans doute aussi des auteur-e-s de violence. Nos résultats montrent que dans une partie des familles, des troubles psychiques et/ou des vulnérabilités socio-économiques s'ajoutent aux violences dans le couple et exposent vraisemblablement les membres du foyer à des stress d'autant plus importants.

Nos résultats ont montré des difficultés psychiques chez environ un tiers des victimes et des auteur-e-s. Alors que la plupart des victimes souffrant de difficultés psychiques ont bénéficié d'un traitement, la majorité des auteurs souffrant de difficultés psychiques ne bénéficient pas de prise en charge spécifique. Douze fratries, dont un bébé à naître, ont leurs deux parents souffrant de troubles psychiques. Le cumul des difficultés psychiques et de la violence dans le couple paraît placer tout particulièrement ces familles en situation de fragilité.

Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas d'indications suffisantes sur le lien entre difficultés psychiques et le fait d'être victime ou auteur-e de violence dans le couple. Les évidences montrent toutefois que la violence dans le couple a des retentissements importants sur la santé des victimes. En cas de troubles psychiques préexistants, la violence va vraisemblablement être un facteur qui les aggrave. Une étude suisse, représentative de l'ensemble de la population, a montré que les femmes victimes de violence dans le couple avaient nettement plus de symptômes dépressifs et une consommation plus importante de médicaments tels que calmants et somnifères que les femmes ne subissant pas de violences [2]. Sur le plan mondial, et selon une analyse de l'OMS conduite en 2013, les femmes ayant subi des violences par leur partenaire sont presque deux fois plus nombreuses à connaître des problèmes de dépression ou d'alcoolisme [21]. Il est également établi que les effets négatifs sur la santé sont aggravés par la durée et l'intensité des violences dans le couple. Or, les événements violents qui ont amené les parents victimes à consulter l'UMV étaient particulièrement brutaux et les violences duraient souvent depuis plusieurs années.

Les recherches sur l'impact des violences dans le couple sur la santé des auteur-e-s semblent moins nombreuses. Une étude nord-américaine met en évidence les conséquences psychosociales du fait d'être auteur¹⁰ de violences dans le couple [22] et a montré que la majorité des auteurs voient les violences dans le couple comme une source d'anxiété et notent un impact négatif sur leurs compétences au travail. Toutefois, les études concernant les auteur-e-s portent plus fréquemment sur leur-e-s caractéristiques psychologiques et sur les stratégies de prise en charge de leurs comportements violents, plutôt que sur les répercussions des violences exercées sur leur santé. Dans un article sur la typologie des hommes auteurs de violence dans le couple, trois groupes d'hommes auteurs ont été mis en évidence. Les hommes qui exercent de la violence uniquement dans la famille, les hommes du groupe dysphoriques/borderlines qui ont des difficultés d'attachement et des troubles psychiques, et les hommes du groupe violents/antisociaux qui exercent également de la violence en dehors des relations intimes. Des consommations problématiques de drogues ou d'alcool sont présentes dans les deux derniers groupes [23].

Concernant l'intérêt pour la prise en charge des auteur-e-s, on peut citer la mise en place de mesures obligatoires dans le canton de Vaud. Selon l'article 12 de la Loi vaudoise d'organisation de la prévention et de la lutte contre la violence domestique (LOVD), adoptée en septembre 2017 : *« un entretien socio-éducatif est obligatoire lorsque la police procède à l'expulsion (...). Elle informe la personne expulsée que l'organisme habilité pour la prise en charge des auteurs de violence domestique prendra contact dans les jours suivants l'expulsion, ceci en vue d'organiser, au minimum, un entretien socio-éducatif obligatoire ».*

La violence dans le couple parental semble également avoir un impact sur les liens parentaux et les compétences parentales. Kédia et Sabouraud-Séguin mettent en évidence, dans leur chapitre consacré à la parentalité lors de violence dans le couple, que les pères violents ont un style de parentalité différent de celui des pères non violents [24]. Elles citent notamment une étude menée par Holden et Ritchie [25] dans laquelle : *« il ressort que les hommes auteurs sont décrits par leurs conjointes comme étant peu impliqués auprès des enfants, utilisant beaucoup de renforcements négatifs et peu de renforcements positifs, et se mettant facilement en colère ».* (page 87). Pour Fall [26], le passage à l'acte de la violence paraît *« la révélation d'une défaillance -rarement passagère- des capacités parentales de l'auteur. (...) Sans compter qu'il*

¹⁰ Cette étude ne comprend que les auteurs de sexe masculin.

n'est pas rare que le prétexte de la violence soit l'intervention du parent victime pour protéger son enfant de méthodes dites « éducatives » brutales ou cruelles. » (page 233).

Un tiers des familles étudiées a bénéficié d'interventions et de mesures par le passé pour la famille et/ou l'enfant en lien avec la violence dans le couple. Ces interventions et mesures sont de différentes natures, à visée parfois plutôt de protection comme un séjour au Centre d'accueil MalleyPrairie ou un placement des enfants par la Direction générale de l'enfance et la jeunesse, d'autres plus thérapeutiques, comme l'instauration d'un suivi médico-psychologique de famille notamment. Il existe dans le canton de Vaud une consultation psychothérapeutique spécialisée dans la prise en charge de familles prises dans des interactions violentes depuis maintenant une dizaine d'années : « Les Boréales »¹¹. Elle propose différents types de prises en charge, telles que des thérapies individuelles, de couple et de famille, guidance et soutien, des visites à domicile et des groupes de parole.

La question de la protection des enfants est très présente dans la prise en charge des victimes de violence dans le couple s'adressant à l'UMV. Une population d'enfants hautement à risque dans leur développement sont identifiés à travers les dires de leurs parents victimes dans le cadre des consultations de l'UMV. Rappelons que dans notre étude, 8 situations sur 10 ont été présentées au CAN Team entre 2011 et 2014. Ces situations sont actuellement quasi systématiquement signalées au CAN Team étant donné la prise de conscience accrue de leur gravité.

Limites de notre étude

Notre étude se base sur des données rétrospectives. Ce sont les dires des parents victimes concernant la violence dans le couple, la santé des enfants et des auteur-e-s qui ont été analysés. Les victimes peuvent être habitées par un fort sentiment de honte et il est possible que les souffrances des enfants ne soient pas toutes relayées lors des consultations. La limitation principale de notre travail est donc que les enfants n'aient pas aussi été évalués directement. Une autre limitation réside dans le fait que les données analysées concernent les victimes qui ont consulté à l'UMV, et que cette population ne constitue pas un échantillon représentatif sur le plan statistique de la population générale des victimes. La majorité des parents victimes ont d'abord consulté un Service des urgences hospitalier et/ou ont été adressés à l'UMV pour faire un constat suite à une intervention de Police. Les mères et pères victimes relativement

¹¹ www.chuv.ch/psychiatrie

privilegié-e-s auraient vraisemblablement tendance à consulter en priorité leur médecin traitant plutôt que de venir aux urgences de l'hôpital. Cela pourrait expliquer qu'une part relativement importante des victimes sont des personnes en situation de vulnérabilité socioéconomique. Soulignons cependant qu'une partie des victimes et auteur-e-s ne sont pas en situation de vulnérabilité. En effet, la population des victimes prise en compte dans notre étude ne se limite pas à des usagers/ères de services sociaux ou de services d'aides aux victimes, ni aux violences ayant donné lieu à une intervention de la Police.

Recommandations et conclusions

À l'issue de ce travail, les analyses effectuées fournissent de nombreux indices confirmant les évidences issues d'études menées sur le plan international, selon lesquelles l'exposition des enfants à la violence dans le couple risque d'avoir un impact sur le développement psychoaffectif de ces enfants, d'autant que les symptômes rapportés correspondent à ceux mentionnés dans la littérature scientifique. Il ressort aussi que la souffrance des enfants exposés à la violence dans le couple paraît difficile à appréhender par les professionnel-le-s. Les souffrances exprimées sont peu spécifiques et échappent souvent au regard des professionnel-le-s qui encadrent et soignent les enfants. Aussi, les violences dans le couple étudiées dans le cadre de notre étude tendent à se prolonger pendant de nombreux mois et années, malgré les diverses interventions et mesures mises en place. Une grande majorité des enfants exposés le sont depuis leur conception, les rendant particulièrement vulnérables et plus à risque de souffrances émotionnelles et de difficultés comportementales que les autres.

Au vu de nos analyses, il apparaît que les enfants vivant dans un foyer où s'exercent des violences dans le couple sont soumis à de nombreuses tensions et difficultés. Comme nous l'avons vu, ces enfants sont paradoxalement peu visibles. De fait, il est d'autant plus ardu d'évaluer leurs besoins et de leur apporter du soutien. Comme le dit Durand [16] : « *La gravité des traumatismes causés à l'enfant, la peur intense et le renversement des valeurs fondamentales démontrent qu'à l'évidence, l'enfant victime de violence conjugale est un enfant en danger* ». S'il paraît nécessaire de poursuivre les efforts de prévention de la violence dans le couple, un important travail de sensibilisation concernant les impacts de cette violence sur les enfants semble encore devoir être mené auprès des professionnel-le-s entourant les enfants et/ou leurs parents. Cela permettrait d'améliorer l'appréciation de la situation biopsychosociale des enfants exposés à la violence dans le couple, tout particulièrement par les professionnel-le-

s de santé, et de développer des stratégies de prise en charge afin notamment de soutenir le parent victime pour qu'il ne porte pas seul la responsabilité de la protection de ses enfants.

Références

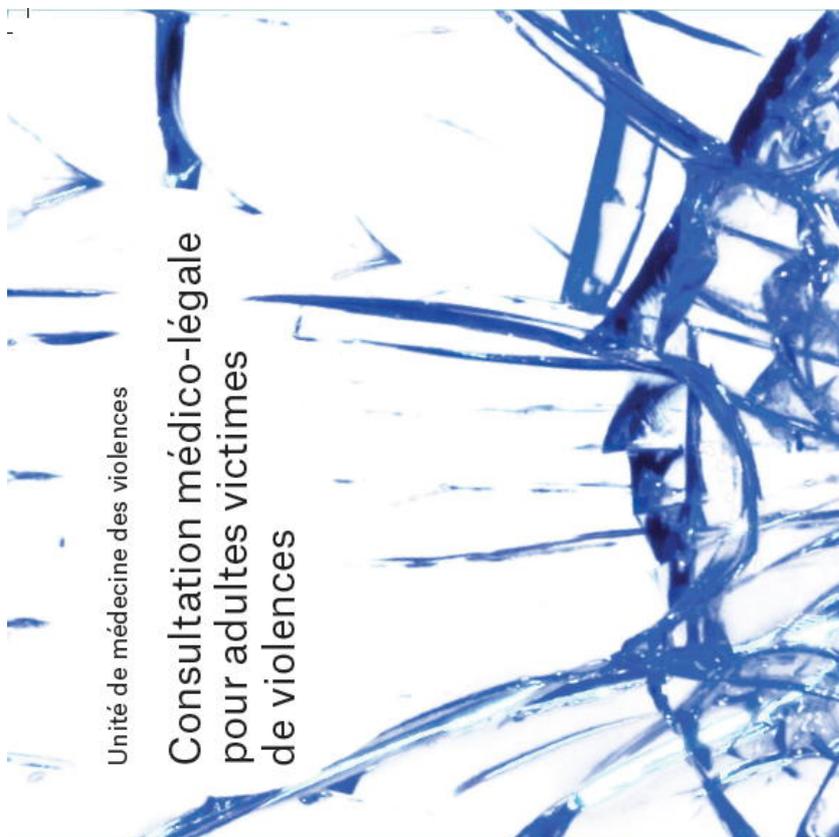
1. News-room de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) [En ligne]. 29 novembre 2017. La violence à l'encontre des femmes [cité le 1er février 2020]. Disponible: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>.
2. Site du Conseil de l'Europe [En ligne]. 12 avril 2011. Convention d'Istanbul - Lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique [cité le 7 février 2020]. Disponible: <https://www.coe.int/fr/web/istanbul-convention/home>.
3. Gillioz L, De Puy J, Ducret V. Domination et violence envers les femmes dans le couple. Lausanne : Payot ; 1997.
4. Site de l'OFS (Office fédéral de la statistique) [En ligne]. 23 mars 2020. Code pénal (CP): Infractions de violence domestique et prévenus [cité le 17 juin 2020]. Disponible : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal.assetdetail.11147625.html>.
5. Site de l'OFS (Office fédéral de la statistique) [En ligne]. 23 mars 2020. Violence domestique : Victimes d'un homicide consommé, selon le type de relation, le sexe et l'âge [cité le 17 juin 2020]. Disponible : <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal.assetdetail.11147614.html>.
6. Publications Violence du BFEG (Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes) [En ligne]. Novembre 2015. Feuille d'information - Violence à l'encontre des enfants et des adolescents [cité le 10 octobre 2020]. Disponible : <https://www.ebg.admin.ch/ebg/fr/home/documentation/publications-en-general/publications-violence.html>.
7. Cheseaux J, Duc Marwood A, Romain-Glassey N. Exposition de l'enfant à des violences domestiques. *Revue Médicale Suisse*. 2013 ;374(9) :398-401. [En ligne] [cité 21 févr 2018]; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-374/Exposition-de-l-enfant-a-des-violences-domestiques>.
8. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S.. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 1998;14(4), 245–258. DOI:10.1016/s0749-3797(98)00017-8.
9. Bellis MA, Hughes K, Leckenby N, Hardcastle KA, Perkins C, Lowey H. Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *J Public Health (Oxf)*. 2015;37(3):445-454. DOI:10.1093/pubmed/fdu065.

10. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;256(3):174-186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4.
11. Wolfe DA, Crooks CV, Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The effects of children's exposure to domestic violence: a meta-analysis and critique. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2003;6(3):171-187. DOI:10.1023/a:1024910416164.
12. Sadlier K. Violence dans le couple : une souffrance pour l'enfant, un défi pour la parentalité. *Soins psychiatrie* 2018 ;5897(315) :1-45, DOI : 10.1016/j.spsy.2018.01.005.
13. De Puy J, Radford L, Fort V, Romain-Glassey N. Developing Assessments for Child Exposure to Intimate Partner Violence in Switzerland – a Study of Medico-Legal Reports in Clinical Settings. *Journal of Family Violence*. 2019. DOI: 10.1007/s10896-019-00047-1.
14. Douieb G, Coutanceau R, L'enfant exposé aux violences conjugales - Repérage clinique et rôle de certains facteurs sur l'ampleur de leurs troubles. Chap. 13 dans : Coutanceau R, Salmona M, directeurs. *Violences conjugales et famille*. (Coll. Psychothérapies). Paris : Editions Dunod ; 2016. p. 132-140.
15. Zaouche-Gaudron C, Paul O. Le développement socio-affectif des enfants exposés à la violence de couple, et leur représentation de cette violence : une approche de la sécurité émotionnelle. Rapport final de recherches. Université Toulouse 2 Jean Jaurès ; 2014.
16. Durand E., *Violences conjugales et parentalité : protéger la mère c'est protéger l'enfant*, Paris, coll. « Sciences criminelles », L'Harmattan, 2013, p. 110.
17. Sage-femme.ch [En ligne]. Novembre 2013. « Violence et grossesse : osons en parler ! » [cité le 6 novembre 2020]. Disponible: http://www.profa.ch/wp-content/uploads/2018/04/Violence_et_grossesse_osons_en_parler.pdf
18. Site officiel de l'état de Vaud. Prestations pour Santé à l'école [En ligne]. 12 juillet 2019. Soutien aux Établissements Scolaires lors de situations de suspicions d'Abus sexuels ou de Maltraitance d'Élèves - SESAME [cité le 12 juillet 2019]. Disponible: www.vd.ch/themes/formation/sante-a-lecole/prestations/maltraitance/#c20548494
19. Savioz, F., Brioschi, N., Roulet Schwab, D. & Knüsel, R., Cheseaux JJ, Nicod PA. Représentations et pratiques des pédiatres face à la maltraitance infantile dans le canton de Vaud. *Paediatrica* 2012, 23(3) :14-15.
20. Coutanceau R, Les difficultés à dire honte et culpabilité. Chap. 11 dans : Coutanceau R, Salmona M, directeurs. *Violences conjugales et famille*. (Coll. Psychothérapies). Paris : Editions Dunod ; 2016. p. 108-120.
21. Programme Santé sexuelle et reproductive de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) [En ligne]. 2020. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes [cité le 6 août 2020]. Disponible: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr>.
22. Walker DD, Neighbors C, Mbilinyi LF, et al. Evaluating the impact of intimate partner violence on the perpetrator: the Perceived Consequences of Domestic

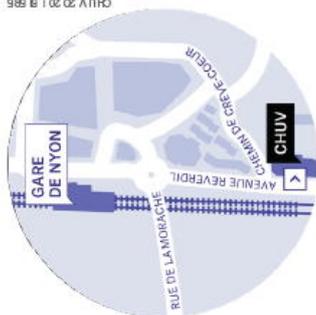
- Violence Questionnaire. *J Interpers Violence*. 2010;25(9):1684-1698. DOI: 10.1177/0886260509354592.
23. Holtzworth-Munroe A, Stuart GL. Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychol Bull*. 1994;116(3):476-497. doi:10.1037/0033-2909.116.3.476.
 24. Institut de Victimologie, Desurmont M, Kedia M, Lassus P, Poirret P, et al. L'enfant face à la violence dans le couple. 2ième éd., Sadlier K, directeur. 2015. Dunod. (Coll. Enfances).
 25. Holden GW, Ritchie KL. Linking extreme marital discord, child rearing, and child behavior problems: evidence from battered women. *Child Dev*. 1991;62(2):311-327. DOI:10.1111/j.1467-8624.1991.tb01533.x .
 26. Fall S, Mauvais conjoint, bon parent ? Des liens parentaux dans la violence conjugale. Chap. 21 dans : Coutanceau R, Salmona M, directeurs. *Violences conjugales et famille*. (Coll. Psychothérapies). Paris : Editions Dunod ; 2016. p. 232-240.

Annexes

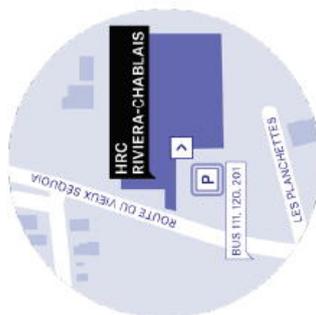
Annexe 1: Brochure de l'UMV



CHUV 2020 | 9 885



UMV-Nyon
Avenue Reverdil 8
3^e étage
1260 Nyon
(200 m de la gare)



UMV-Rennaz
Centre hospitalier de Rennes
HRC Vaud-Valais
Accueil du bâtiment principal
Route du Vieux-Séquoia 20
1847 Rennes
(Bus 111, 120, 201
arrêt Rennaz-Hôpital)



UMV-Yverdon-les-Bains
Hôpital d'Yverdon-les-Bains
Accueil du bâtiment principal
Rue d'Entremonts 11
1400 Yverdon-les-Bains
(Bus 602 arrêt Hôpital)



De quoi s'agit-il?

La consultation de l'Unité de médecine des violences (UMV) est destinée à toute personne adulte victime de violence, qu'il s'agisse de violence de couple, familiale ou communautaire (sur la voie publique ou le lieu de travail, par exemple).

Elle est assurée par une équipe infirmière spécifiquement formée, qui travaille en collaboration étroite avec des médecins légistes.

Quelle est l'offre?

La consultation propose aux victimes:

- **un accueil et une écoute attentive** leur permettant de raconter les événements violents auxquels elles ont été confrontées.
- **un examen clinique centré sur les violences vécues permettant d'élaborer la documentation médico-légale** (constat de coups et blessures, photographies des lésions). Le constat pourra aider la victime à faire valoir ses droits.
- **une orientation au sein du réseau** des institutions et associations partenaires.

Cette consultation est **confidentielle et gratuite**.

Où ont lieu les consultations?

L'Unité de médecine des violences dispose de quatre lieux de consultation dans le canton de Vaud: Lausanne, Nyon, Rennaz et Yverdon-les-Bains (voir plans).

Comment prendre rendez-vous?

En téléphonant au centre de consultation de votre choix, du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 14h à 16h, les week-ends et jours fériés de 8h à 12h (voir plans).

Lausanne, 021 314 00 60

Nyon, 021 314 08 51

Rennaz, 058 773 64 77

Yverdon-les-Bains, 024 424 42 20

En cas d'urgence:

Police, 117

Ambulances, 144

UMV-Lausanne

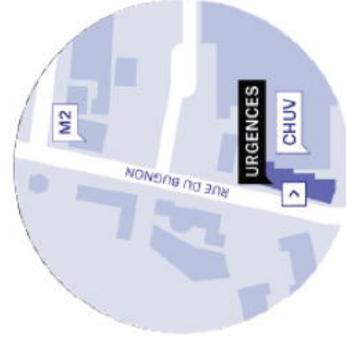
CHUV

Accueil des Urgences

Rue du Bugnon 44

1011 Lausanne

(M2 arrêt CHUV)



Lyne Dessimoz Künzle

Annexe 2: Lettre type envoyée au pédiatre

Dre Nathalie ROMAIN-GLASSEY, Médecin adjointe MER
Responsable de l'Unité

Tél : +41 21 314 00 60

Fax : +41 21 314 14 08

www.curml.ch

N/réf.:

Lausanne, le

Enfant ..., né(e) le ...

Cher Confrère, Chère Collègue,

Avec l'accord de **M./Mme ..., né/e le ...**, nous vous informons que cette personne s'est présentée à la consultation de l'Unité de médecine des violences le ..., faisant état de violences conjugales.

Dans le cadre de cette consultation, un constat médical a été établi. De plus, le CAN Team (Child Abuse and Neglect Team, Groupe hospitalier de protection de l'enfant du Département femme-mère-enfant du CHUV), a été informé de cette situation.

En restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, cher Confrère, chère Collègue, nos salutations les meilleures.

...
Infirmière

...
Médecin

Copie : CAN Team