

VIOLENCE CONJUGALE ET PÉRIODE PÉRINATALE: ÉTAT SUCCINCT DES CONNAISSANCES**VÉRONIQUE BISSON, ÉTUDIANTE À LA MAITRISE EN SEXOLOGIE, UQAM
SYLVIE LÉVESQUE, PROFESSEURE AU DÉPARTEMENT DE SEXOLOGIE, UQAM**

Les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (2013) mettent en évidence que la violence conjugale (VC) est un problème social et de santé publique grave et persistant. Cette problématique touche principalement les femmes, alors qu'elles seraient les victimes dans 80% des cas de VC (World Health Organization, 2014). De plus, selon les estimations mondiales de l'OMS, 35% des femmes, soit un peu plus d'une femme sur trois, indiquent avoir subi de la violence physique, psychologique ou sexuelle de la part de leur partenaire intime au cours de leur vie (World Health Organization, 2013).

LA VIOLENCE CONJUGALE EN PÉRIODE PÉRINATALE

La période périnatale s'étend du début de la grossesse et se termine 2 ans après la naissance de l'enfant. Il s'agit d'une période de plus grande vulnérabilité, notamment à la violence conjugale. En effet, les données sur la violence conjugale en période périnatale (VCP) démontrent l'importance de s'intéresser à celle-ci puisque la grossesse, et plus particulièrement la première grossesse, est un moment de transition important qui peut être la cause de bouleversements individuels, conjugaux et familiaux (Meleis, 2010; Mercer, 2004; Poissant, Chan, & Lévesque, 2011).

Prévalence et formes de VCP

Dans une enquête canadienne réalisée en 2006, 10.9% des répondantes sondées rapportaient avoir été victimes de VCP; le taux est de 10.4% pour le Québec (Agence de santé publique du Canada., 2009). De plus, les données populationnelles de l'Enquête sociale générale (ESG) de 2009 révèlent qu'environ 63 300 femmes ont indiqué avoir été violentées par un conjoint au cours des cinq années précédant l'enquête alors qu'elles étaient enceintes, ce qui représente 11 % des femmes victimes de VC (Statistique Canada, 2013). La majorité des femmes qui rapportent de la violence physique durant la grossesse sont aussi victimes de violence verbale et psychologique (Taillieu & Brownridge, 2010). Plus précisément, durant la grossesse, la prévalence de la violence émotionnelle et verbale serait de 1.5% à 36%, celle des abus physiques serait de 3% à 13.8% et celle de la violence sexuelle serait de 1% à 8% (James, Brody, & Hamilton, 2013; Taillieu & Brownridge, 2010). Tout comme pour la VC, les définitions retenues, les outils utilisés pour mesurer ces violences et les stratégies d'échantillonnage sélectionnées influencent les taux de prévalence obtenus de VCP.

Différentes trajectoires de VCP

Une absence de consensus est présente dans la littérature scientifique quant à la période périnatale comme facteur de risque, à savoir si la VC diminue, augmente ou reste stable lors de cette période (Bailey, 2010). Pour certaines femmes, la VC était présente avant la grossesse, alors que pour d'autres, cette période marque le début ou l'intensification de la sévérité et de la récurrence de celle-ci (Casanueva & Martin, 2007; Statistique Canada, 2013; Taillieu & Brownridge, 2010). Pour prédire la VC durant la grossesse, le facteur le plus important serait les violences subies avant celle-ci (James et al., 2013; Taillieu & Brownridge, 2010). En effet, entre 60 et 96% des femmes qui sont victimes de violence conjugale durant la grossesse rapportent avoir été également victimes de violence avant celle-ci (Taillieu & Brownridge, 2010). Cependant, dans certains cas, la grossesse pourrait aussi être un élément déclencheur à la violence et, dans d'autres, elle pourrait faire en sorte que la violence diminue ou cesse (Daoud et al., 2012; Taillieu & Brownridge, 2010). Pour certaines femmes, la grossesse entraînerait une augmentation de la violence psychologique tandis que les manifestations de violence physique diminueraient (Martin et al., 2004).

La VCP dans un contexte de séparation

La VCP perdure bien souvent au-delà de la séparation, surtout lorsqu'elle était présente avant la survenue de celle-ci (Kelly & Johnson, 2008). Parfois envisagée par les mères comme un moyen de se protéger et de protéger leur fœtus contre la VC, la séparation peut cependant contribuer à accroître leur probabilité d'en vivre davantage, alors qu'elle peut provoquer de vives réactions (p. ex. colère, stress, tristesse, jalousie) de la part du partenaire et entraîner une escalade de la violence et du contrôle (Decker, Martin, & Moracco, 2004; Saltzman, Johnson, Gilbert, & Goodwin, 2003).

La VCP chez les femmes de minorités racisées

Les femmes de toutes les cultures, classes sociales et ethnies sont à risque de subir de la VCP. Cependant, celles de minorités racisées seraient 2 à 3 fois plus à risque de subir de la violence durant la grossesse (Cha & Masho, 2014; Daoud et al., 2012; James et al., 2013; McMahan et al., 2011; Taillieu & Brownridge, 2010). De plus, au Canada, les femmes autochtones rapportent la plus haute fréquence de violence conjugale pendant la grossesse (Daoud et al., 2012).

FACTEURS DE RISQUE

Le modèle écologique permet de constater que les facteurs de risque d'être victime ou auteur de VCPP sont présents à différents niveaux, soit individuel, relationnel/familial, communautaire et social, et peuvent se combiner pour expliquer les probabilités accrues de vivre dans un contexte de violence conjugale en période périnatale (Agence de la santé publique du Canada, 2016; World Health Organization, 2010).

Facteurs de risque associés à la VCPP

Niveau individuel	
Être auteur de VCPP ¹	Être victime de VCPP
Moins bonne capacité à s'ajuster à la transition à la parentalité (ex : niveau de stress et d'insécurité élevé, sentiment d'échec et d'incompétence, manque d'informations sur la parentalité et les soins du bébé, etc.)	VC avant la grossesse
Attitudes favorables à la violence	Jeune âge
Consommation de drogues ou d'alcool	Appartenance à un groupe minoritaire
Problèmes de comportements et comportements antisociaux	Célibataire (non mariée)
	Dépendance financière au conjoint
Manque de soutien social	
Faible niveau d'éducation	
Séparation durant la grossesse	
Grossesse non prévue ou non désirée	
Statut socioéconomique précaire	
Niveau relationnel et familial	
Problèmes dans la dynamique relationnelle du couple (ex : tensions et conflits liés à la grossesse)	
Tolérance à la violence de l'entourage	
Adhérence aux normes de genre de l'entourage (famille et amis)	
Niveau communautaire et social	
Rapports de pouvoir et inégalités entre les hommes et les femmes	
Systèmes de croyances culturels et religieux (ex : représentation sociale de la mère et de la maternité)	
Caractéristiques socioéconomiques communautaires: pauvreté et défavorisation	
Rôles et normes de genre traditionnels	
Normes sociales prônant une certaine tolérance à la violence	

(Bailey, 2010; Daoud et al., 2012; Decker, Martin, & Moracco, 2004; Haland, Lundgren, Eri, & Lide'n, 2014; James et al., 2013; Kelly & Johnson, 2008; Perel & Peled, 2008; Saltzman, Johnson, Gilbert, & Goodwin, 2003; Taillieu & Brownridge, 2010)

¹À l'heure actuelle, les données disponibles sur les facteurs de risque liés à la VCPP ciblent la victimisation chez les femmes et la perpétration par les hommes

LES CONSÉQUENCES DE LA VCPP

Sur la santé et le bien-être des femmes

La VC génère des impacts négatifs importants sur la santé physique, mentale, sexuelle et reproductive et le bien-être des femmes (Agence de la santé publique du Canada, 2016) : détresse psychologique, dépression, anxiété, idées suicidaires, état de stress post-traumatique, baisse d'estime de soi, problème de consommation, confusion, mutilation, phobie, difficulté à prendre des décisions, isolement social, absentéisme ou diminution de la performance au travail (Buchanan, Power, & Verity, 2014; Kelly & Johnson, 2008; McMahon, Huang, Boxer, & Postmus, 2011; Statistique Canada, 2013; World Health Organization, 2013). Les cauchemars, les flashbacks, l'évitement de ce qui rappelle les événements et l'hypervigilance peuvent perdurer au-delà de la période où se produisent des situations de VC (Kelly & Johnson, 2008). La VC peut également être la source de problèmes gynécologiques tels que des douleurs pelviennes, des infections urinaires et des infections transmises sexuellement et affecter négativement la capacité à utiliser et négocier la contraception (Agrawal, Ickovics, Lewis, Magriples, & Kershaw, 2014; Sylvie Lévesque, 2010; Morland, Leskin, Block, Campbell, & Friedman, 2008; Taillieu & Brownridge, 2010; World Health Organization, 2014). En effet, la présence de VC peut également être associée à une grossesse non planifiée ou non-désirée (Miller et al., 2014; Moore, Frohwirth, & Miller, 2010).

Sur le développement du fœtus et du nourrisson

Les bébés nés de mères victimes de VC pendant la grossesse ont un plus faible poids à la naissance, obtiennent un score moins élevé au test d'Apgar et sont plus nombreux à être hospitalisés dans une unité de soins intensifs (Silverman, Decker, Reed, & Raj, 2006; Wiemann, Agurcia, Berenson, Volk, & Rickert, 2000). Pendant la grossesse, la VC peut nuire au développement du bébé, alors qu'elle augmente, proportionnellement à sa fréquence, la probabilité de mortinatalité, de fausse couche, d'accouchement avant terme ou que le bébé naisse avec un faible poids (Hill, Pallitto, McCleary-Sills, & Garcia-Moreno, 2016; Morland et al., 2008; Shah & Shah, 2010; Taillieu & Brownridge, 2010; World Health Organization, 2014). Les traumatismes abdominaux causés par de la violence physique, les infections sexuellement transmises découlant de la violence sexuelle ou les relations sexuelles forcées peuvent causer des dommages au placenta et une rupture prématurée des membranes (Hill et al., 2016; Morland et al., 2008).

Sur le développement de l'enfant

La petite enfance est une période cruciale pour le développement des enfants. En ce sens, la VC est reconnue dans la Loi sur la protection de la jeunesse comme une forme de maltraitance psychologique susceptible d'affecter le développement de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2012). En effet, l'exposition à la VC peut affecter les différentes sphères du développement des bébés

et jeunes enfants de multiples façons et générer des conséquences à court, moyen et long termes telles que: de hauts niveaux de détresse, un sommeil troublé, des terreurs nocturnes, de l'anxiété de séparation, des problèmes de comportements, des problèmes de fonctionnement social et scolaire, des troubles de l'adaptation graves intériorisés et extériorisés, un état de stress post-traumatique, de l'agressivité, de l'anxiété et une faible estime de soi (Buchanan et al., 2014; Kelly & Johnson, 2008; Lawrence, Orenge-Aguayo, Langer, & Brock, 2012; McMahon et al., 2011). L'exposition à la VC entraîne aussi le risque chez les enfants de reproduire les rôles d'agresseurs et de victimes auxquels ils sont exposés (Ehrensaft & Cohen, 2011; Ehrensaft et al., 2003; Smith et al., 2000; Valdez, Lim, & Lilly, 2012).

Sur les compétences parentales

La violence conjugale influence l'exercice de la maternité et de la paternité (Lapierre & Damant, 2012; Sylvie Lévesque, 2015). Les recherches indiquent que la présence de VC nuit à l'établissement d'un lien affectif solide entre la mère et son enfant (Buchanan et al., 2014) et augmente les risques de maltraitance envers l'enfant (Grasso et al., 2016; Holmes, 2013). Toutefois, dans certains cas, les habiletés de la mère pourraient diminuer les effets de la VC sur l'enfant (Buchanan et al., 2014). Plusieurs femmes mettent en place des stratégies pour se protéger, elles et leurs enfants, face à la VC et tentent de prévenir les blessures chez l'enfant de toutes les manières possibles (Buchanan et al., 2014; S. Lévesque & Chamberland, 2016). En ce qui concerne les pères auteurs de VC, certains reconnaissent eux-mêmes le caractère néfaste de certaines pratiques parentales (Bourassa, Turcotte, Lessard, & Labarre, 2013) et sont préoccupés par les répercussions de leur violence sur leur(s) enfant(s) (Rothman, Mandel, & Silverman, 2007). En ce sens, des travaux menés auprès de pères auteurs de VC documentent le désir des pères de permettre à leur enfant de développer un sentiment de sécurité et de devenir de bons pères, malgré la violence à laquelle ils ont soumis leur partenaire (Haland et al., 2014; Rothman et al., 2007). À l'opposé, les résultats d'autres travaux mettent en évidence que bien que les hommes soient souvent conscients des effets de la violence conjugale sur leur(s) enfant(s), ils percevaient leurs gestes de violence comme un droit paternel (Veteläinen, Grönholm, & Holma, 2013).

CONCLUSION

Les données soutiennent l'importance de s'intéresser à la problématique de la VCPP et de ne pas la considérer comme une réalité homogène. Tel que démontré, différents facteurs individuels, relationnels et structurels modulent les probabilités de vivre dans un contexte de VCPP. Ces facteurs doivent être pris en considération afin d'adopter une vision holistique de la VCPP et de favoriser des interventions bénéfiques auprès des victimes et des auteurs de VCPP. Toutefois, à l'heure actuelle, certaines lacunes persistent dans la littérature sur la VCPP. En effet, nous détenons peu de données épidémiologiques récentes sur celle-ci, tant du

point de vue des mères que des pères et tant du point de vue des auteur(e)s que des victimes. En ce sens, il serait nécessaire de mieux connaître leurs différentes trajectoires, afin de favoriser une meilleure la compréhension de cette problématique et, ultimement, de permettre la mise en œuvre des interventions adaptées et efficaces.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016-: Regard sur la violence familiale au Canada*. Ottawa: Gouvernement du Canada Retrieved from <http://www.canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/state-public-health-family-violence-2016-etat-sante-publique-violence-familiale/alt/pdf-fra.pdf>.
- Agence de santé publique du Canada. (2009). *Ce que disent les mères: l'Enquête canadienne sur l'expérience de la maternité*. Ottawa: Gouvernement du Canada Retrieved from <http://www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/pdf/survey-fra.pdf>.
- Agrawal, A., Ickovics, J., Lewis, J. B., Magriples, U., & Kershaw, T. S. (2014). Postpartum Intimate Partner Violence and Health Risks Among Young Mothers in the United States: A Prospective Study. *Maternal and Child Health Journal, 18* (8), 1985-1992.
- Bailey, B. A. (2010). Partner violence during pregnancy: prevalence, effects, screening, and management. *International Journal of Women's Health, 2*, 183-197.
- Bourassa, C., Turcotte, P., Lessard, G., & Labarre, M. (2013). La paternité en contexte de violence conjugale. *La revue internationale de l'éducation familiale, 33*(1), 149-167.
- Buchanan, F., Power, C., & Verity, F. (2014). The Effects of Domestic Violence on the Formation of Relationships Between Women and Their Babies: "I Was Too Busy Protecting My Baby to Attach". *Journal of Family Violence, 29*(7), 713-724. doi:10.1007/s10896-014-9630-5
- Casanueva, C. E., & Martin, S. L. (2007). Intimate Partner Violence During Pregnancy and Mothers' Child Abuse Potential. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(5), 603-622.
- Daoud, N., Urquia, M. L., O'Campo, P., Heaman, M., Janssen, P. A., Smylie, J., & Thiessen, K. (2012). Prevalence of Abuse and Violence Before, During, and After Pregnancy in a National Sample of Canadian Women. *American Journal of Public Health, 102*(10), 1893-1901.
- Decker, M. R., Martin, S. L., & Moracco, K. E. (2004). Homicide Risk Factors Among Pregnant Women Abused by Their Partners. *Violence Against Women, 10*(5), 498-513.
- Ehrensaft, M. K., & Cohen, P. (2011). Contribution of Family Violence to the Intergenerational Transmission of Externalizing Behavior. *Prevention Science, 13*(4), 370-383.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational Transmission of Partner Violence: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 741-753.
- Gouvernement du Québec. (2012). *Prévenir, dépister, contrer. Plan d'action gouvernemental 2012-2017 en matière de violence conjugale*. Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/SCF_plan_action_violence_conjugale.pdf.
- Grasso, D. J., Henry, D., Kestler, J., Nieto, R., Wakschlag, L. S., & Briggs-Gowan, M. J. (2016). Harsh Parenting As a Potential Mediator of the Association Between Intimate Partner Violence and Child Disruptive Behavior in Families With Young Children. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(11), 2102-2126.
- Haland, K., Lundgren, I., Eri, T. S., & Lide'n, E. (2014). The meaning of men's experiences of becoming and being fathers, in men who have subjected their partners to violence. *Fathering, 12*(2), 178-195.
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., & Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 133*(3), 269-276. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.023>
- Holmes, M. R. (2013). Aggressive behavior of children exposed to IPV: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 37*(8), 520-230.
- James, L., Brody, D., & Hamilton, Z. (2013). Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims, 28*(2), 359-380.
- Kelly, J. B., & Johnson, M. P. (2008). Differentiation Among Types of Intimate Partner Violence: Research Update and Implications for Interventions. *Family Court Review, 46* (3), 476-499.
- Lapierre, S., & Damant, D. (2012). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lawrence, E., Orengo-Aguayo, R., Langer, A., & Brock, R. (2012). The Impact and Consequences of Partner Abuse on Partners. *Partner Abuse, 3*(4), 406-428.
- Lévesque, S. (2010). Accoucher à 16 ans, sans violence ni pression : Une réalité possible? État empirique de la situation et réflexions critiques. *Santé mentale au Québec, 35*(1), 195-219.
- Lévesque, S. (2015). *Maternité précoce, violence et résilience. Des jeunes mères témoignent*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lévesque, S., & Chamberland, C. (2016). Resilience, Violence, and Early Pregnancy: A qualitative study of the processes used by young mothers to overcome adversities. *Sage Open, 6* (1), 1-15. doi:10.1177/2158244016640851
- Martin, S. L., Harris-Britt, A., Li, Y., Moracco, K. E., Kupper, L. L., & Campbell, J. C. (2004). Changes in intimate partner violence during pregnancy. *Journal of Family Violence, 19* (4), 201-210.
- McMahon, S., Huang, C.-C., Boxer, P., & Postmus, J. L. (2011). The impact of emotional and physical violence during pregnancy on maternal and child health at one year postpartum. *Children and Youth Services Review, 33*, 2103-2111.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle range and situations specific theories in nursing research and practice*. New-York: Springer.
- Mercer, R. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Decker, M. R., Anderson, H., & Silverman, J. G. (2014). Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception*, 89(2), 122-128. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.10.011>
- Moore, A. M., Frohworth, L., & Miller, E. (2010). Male reproductive control of women who have experienced intimate partner violence in the United States. *Social Science & Medicine*, 70(11), 1737-1744. doi:10.1016/j.socscimed.2010.02.009
- Morland, L. A., Leskin, G. A., Block, C. R., Campbell, J. C., & Friedman, M. J. (2008). Intimate Partner Violence and Miscarriage: Examination of the Role of Physical and Psychological Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5), 652-669.
- Perel, G., & Peled, E. (2008). The fathering of violent men: constriction and yearning. *Violence Against Women*, 14(4), 457-482.
- Poissant, J., Chan, A., & Lévesque, S. (2011). *Adaptation à la parentalité*. Institut national de santé publique du Québec: Gouvernement du Québec Retrieved from <https://www.inspq.qc.ca/informationperinatale/fiches/adaptation-a-la-parentalite>.
- Rothman, E. F., Mandel, D. G., & Silverman, J. G. (2007). Abusers' perceptions of the effect of their intimate partner violence on children. *Violence Against Women*, 13(11), 1179-1191.
- Saltzman, L., Johnson, C. H., Gilbert, B. C., & Goodwin, M. M. (2003). Physical abuse around the time of pregnancy: An examination of prevalence and risks factors in 16 states. *Maternal and Child Health Journal*, 7(1), 31-43.
- Shah, P. S., & Shah, J. (2010). Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Women's Health*, 19(11), 2017-2031.
- Silverman, J. G., Decker, M. R., Reed, E., & Raj, A. (2006). Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 195, 140-148. doi:10.1016/j.ajog.2005.12.052
- Smith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K., & Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 640-654.
- Statistique Canada. (2013). *Mesures de la violence faite aux femmes: tendances statistiques*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Taillieu, T. L., & Browndridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 14-35.
- Valdez, C. E., Lim, B. H., & Lilly, M. M. (2012). "It's Going to Make the Whole Tower Crooked": Victimization Trajectories in IPV. *Journal of Family Violence*, 28(2), 131-140.
- Veteläinen, A., Grönholm, H., & Holma, J. (2013). Discussions of Fatherhood in Male Batterer Treatment Group. *Sage Open*, April-June, 1-10. doi: 10.1177/2158244013492083
- Wiemann, C. M., Agurcia, C. A., Berenson, A. B., Volk, R. J., & Rickert, V. I. (2000). Pregnant Adolescents: Experiences and Behaviors Associated with Physical Assault by an Intimate Partner. *Maternal and Child Health Journal*, 4(2), 93-101.
- World Health Organization. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *Violence against women: intimate partner and sexual violence against women: intimate partner and sexual violence have serious short- and long-term physical, mental and sexual and reproductive health problems for survivors*. Geneva: World Health Organization.