

Violences conjugales : « On est bébé qu'une fois dans sa vie »

Lutter contre les inégalités sociales de santé périnatales

Chantal Zaouche-Gaudron, Cyrille Delpierre, Jean-Charles Basson

DANS **EMPAN** 2023/1 (N° 129), PAGES 35 À 43

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1152-3336

ISBN 9782749276687

DOI 10.3917/empa.129.0035

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-empan-2023-1-page-35.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Violences conjugales : « On est bébé qu'une fois dans sa vie »

Lutter contre les inégalités sociales de santé périnatales

Chantal Zaouche Gaudron

Cyrille Delpierre

Jean-Charles Basson

« On est bébé qu'une fois dans sa vie » dit Léonie dans le film de Ken Loach *La part des anges* (2012) à son compagnon Robbie, jeune Écossais au chômage, déjà bien chahuté par son parcours de vie. « Une fois dans sa vie », le sujet-bébé est un être ayant de multiples habiletés mais qui ne peuvent se développer que si l'entourage, au sens large du terme, répond à ses différents besoins et lui assure une contenance bienveillante et sécurisante qui l'aide à grandir. La période périnatale et celle de la prime enfance sont tout autant un intense temps de construction qu'une phase au cours de laquelle toutes sortes d'adversités peuvent entraver ce développement et impacter le devenir de la personne.

Alors que la petite enfance devrait être le terreau d'un plein développement pour qu'un sujet grandisse sereinement, elle devient, dans bon nombre de circonstances, un des lieux privilégiés de « la fabrique des inégalités sociales de santé » (Basson et coll., 2021). Comme l'écrit Fassin, « plutôt qu'une réalité dérivée de définitions biologiques, médicales ou philosophiques, la santé apparaît simultanément comme une notion et un espace définis par les rapports entre le corps physique et le corps social » (1996, p. 35). Or, parfois, ce corps physique

Chantal Zaouche Gaudron

Comité de rédaction
de la revue *Empan*.
Professeure de psychologie
de l'enfant, directrice du
GIS « Bébé, petite enfance
en contextes » (BECO-UFTMIP),
UMR LISST-CERS, université
de Toulouse II-Jean Jaurès.
chantal.zaouche@univ-tlse 2.fr

Cyrille Delpierre

Épidémiologiste, directeur
de recherche à l'Inserm,
directeur du Centre
d'épidémiologie et de recherche
en santé des populations
(CERPOP, UMR INSERM 1295)
et coresponsable de l'équipe
de recherche EQUITY au CERPOP.
cyrille.delpierre@inserm.fr

Jean-Charles Basson

Comité de rédaction
de la revue *Empan*.
Politiste, directeur de l'Institut
fédératif d'études et de
recherches interdisciplinaires
santé société (IFERISS, FED 4142)
de l'université de Toulouse,
expert auprès du Haut Conseil
de la santé publique (HCSP) et
membre de l'Union internationale
pour la promotion de la santé
et l'éducation (IUHPE).
jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

n'est pas encore là qu'il est déjà en lien fort avec un corps social qui entrave sa venue au monde dans des conditions si ce n'est favorables, tout au moins sereines.

Avant de développer le propos, nous soulignons que ce qui nous préoccupe ici est bien le jeune enfant en développement, son être au monde, en analysant comment les inégalités sociales de santé (ISS) se construisent dès la grossesse et se creusent durant la prime enfance selon un gradient social suivant la « hiérarchie » sociale, la situation des femmes enceintes vivant à la rue étant particulièrement exacerbée (Gasquet-Blanchard, Moine, 2021). Rappelons donc combien il est indispensable de prendre en compte la complexité du développement de l'enfant dans son rapport à l'environnement pour mieux analyser ses éventuelles difficultés et pouvoir y répondre de façon bienveillante, confortante et stimulante. Reprenant la définition de Santé publique France¹, nous estimons que les inégalités de santé sont des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants sociaux tels que le genre, le pays de naissance, la composition familiale, le revenu, la scolarité, le métier, le soutien social, mais aussi d'autres déterminants plus globaux, telles les politiques sociales. Les déterminants sociaux sont à l'origine des inégalités sociales de santé, définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale ». Ces inégalités s'accompagnent d'inégalités territoriales d'accès à des services ou à l'emploi selon les territoires. Elles s'accompagnent aussi de disparités de qualité de vie, d'environnement et de travail. Il s'agit d'examiner ces écarts injustes dans la façon dont les enfants, en France, se construisent en prise avec des conditions de vie et des accès aux ressources socialement différenciés. En effet, « les inégalités sociales de santé sont pour l'essentiel dues à des facteurs indépendants du système de santé, c'est-à-dire aux conditions et aux modes de vie des personnes. Elles résultent donc en large part des choix de société en matière d'emploi et de logement, d'éducation et de fiscalité ». (Aïach et Fassin, 2004, p. 54 ; Carde, 2021 ; Cagnet, 2021 ; Lahire, 2021)².

Il s'agit bien d'un choix de société et d'un (dés)engagement politique de s'en préoccuper ou non. La petite enfance semble à l'heure actuelle au cœur du débat public, au centre

1. <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>

2. https://www.inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf

3. Rapport annuel 2018 du Défenseur des droits des enfants, intitulé : « De la naissance à 6 ans : au commencement des droits », <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports-annuels/2018/11/rapport-annuel-2018-consacre-aux-droits-de-lenfant-de-la-naissance-a-6-ans> <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/synth-rae-2018-num-08.11.18.pdf>

4. En charge, en 2019, de l'Enfance et des Familles auprès du ministre des Solidarités et de la Santé.

5. <https://www.strategie.gouv.fr/debats/seminaire-premiers-seance-1-une-action-publique-coordonnee-favorable-developpement>

de l'action publique de réduction des inégalités sociales et de promotion de l'égalité des chances. On ne peut que s'en réjouir et saluer cette dynamique dans le champ de la périnatalité et de la prime enfance, comme en témoignent les nombreux rapports du Haut Conseil de l'enfance, de la famille et de l'âge (HCEFA), le rapport de 2018 du Défenseur des droits³ et bien d'autres... De même, suite au premier plan interministériel en 2017, initié par Laurence Rossignol, ministre des Familles, de l'Enfance et des Droits des femmes, la lutte contre les violences faites aux enfants est poursuivie par le secrétaire d'État Adrien Taquet⁴, dans la lignée des travaux de la commission « 1 000 premiers jours » lancée par Emmanuel Macron en septembre 2019.

Pour autant, la prime enfance, qui devrait être le terreau de toutes les chances, s'avère, pour l'heure, le creuset de nombreuses inégalités délétères dans notre pays. Comme l'a souligné de Margerie, en 2020⁵, lors de l'ouverture du séminaire *Premiers pas*, « les progrès dans la lutte contre les inégalités sont perceptibles pour les personnes âgées, mais s'amenuisent drastiquement quand on se tourne vers l'enfance et les premières années de la vie. Les plus vulnérables sont particulièrement exposés aux conséquences de la crise ». Or, la petite enfance est tout autant une période de construction extraordinaire qu'une période de vulnérabilité en raison, précisément, des constructions et des développements qui s'y réalisent. Pour autant, nous ne sommes pas vulnérables par essence et les vulnérabilités résultent la plupart du temps de divers mécanismes sociaux liés notamment aux conditions de vie dans lesquelles les personnes évoluent depuis leur enfance

et tout au long de leur vie (Yeghicheyan et coll., 2021).

Forts d'une approche interdisciplinaire associant psychologie, épidémiologie et science politique, nous prenons, dans cet article, un exemple pour étudier la fabrique des ISS qui se réfère à la parentalité dans le contexte gestationnel et des premières années de vie, étant entendu que nous nous appuyons sur la définition de la santé de l'OMS, soit « un état de complet bien-être physique, psychique et social ». On sait, en effet, que « le soutien à la parentalité peut avoir un impact considérable sur la santé des enfants, notamment sur le développement satisfaisant de leur personnalité » (Lopez et coll., 2011, p. 5). Il s'agit ici d'un soutien à la périnatalité ayant pour visée de concourir à une meilleure santé physique et psychique de l'enfant et de favoriser son développement affectif, cognitif et émotionnel. « Les inégalités de santé chez l'enfant, marquées par un gradient social, ne sont pas une fatalité. Même s'il n'est pas toujours facile d'agir sur les différents déterminants en cause (du fait de la complexité du lien entre un déterminant et un état de santé), il est possible de les réduire. Cela implique de mobiliser différentes politiques publiques qui n'ont pas pour finalité principale la santé, mais qui ont des effets sur elle, et de se donner un objectif de réduction des inégalités de santé au-delà de l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population » (*ibid.*, p. 3). Une éventuelle réduction des inégalités est, en effet, rendue possible par la mobilisation d'actions publiques qui ne semblent ni irréalistes ni très coûteuses. Nous y revenons dans la dernière partie de notre texte en évoquant les actions qui peuvent être conduites.

Quand fœtus, nourrissons et jeunes enfants sont exposés aux violences conjugales

Les inégalités sociales de santé apparaissent avant même la naissance, du fait des différences de suivi prénatal et de comportements à risque pour l'enfant à naître, et se creusent durant l'enfance. « De nombreux facteurs de risque pour la santé de la femme enceinte et de l'enfant à la naissance sont surreprésentés dans les milieux les plus modestes : conditions et modes de vie moins favorables (vivre seul, ne pas avoir d'emploi), consommation de tabac et d'alcool, expositions environnementales et conditions de travail défavorables » (Gaini et coll., 2020, p. 94). Un nombre croissant d'articles démontrent que la grossesse et les premières années de vie d'un enfant sont cruciales quant au devenir de la santé physique et émotionnelle à l'âge adulte (Charles et coll., 2016).

La notion « d'enfant exposé » proposée par les chercheurs québécois prend pleinement sa mesure quand on évoque la question des violences conjugales lors de la grossesse.

Très peu cependant se focalisent sur l'exposition d'un fœtus en devenir quand adviennent des violences conjugales dans un contexte gestationnel. Il faut attendre 2015 pour que les premières données concernant le nombre d'enfants tués lors de violences conjugales soient publiquement notifiées, soit 33 décès d'enfants cette année-là. La notion « d'enfant exposé » proposée par les chercheurs québécois afin de remplacer celle, réductrice, simplificatrice et inadaptée, de « témoin oculaire » prend pleinement sa mesure quand on évoque la question des violences conjugales lors de la grossesse. Elle apparaît comme la terminologie la plus adéquate pour comprendre que la violence conjugale va bien au-delà de la situation de témoin et sous-entend le fait de pouvoir être atteint au plan physique et psychologique en l'absence d'un voir ou d'un entendre. Elle permet aussi de signifier que l'exposition peut avoir des effets qui ne sont pas forcément immédiats et qu'elle est susceptible de générer des conséquences plus profondes qu'on ne peut le penser.

De fait, c'est l'enfant à venir ou nouvellement né qui devient la cible des agresseurs. Dans les pays anglo-saxons et au Québec, plusieurs études démontrent, en effet, que l'apparition des premiers épisodes de violence se fait durant la grossesse ou que leur fréquence et leur gravité sont susceptibles d'augmenter durant cette période (Lapierre, 2008). En France, il n'existe pas d'études permettant de comparer les données, alors que notre système médical est à même d'en rendre compte grâce à la surveillance pré- et périnatale qui

opère lors des consultations médicales ou des échanges avec d'autres professionnelles de santé, les sages-femmes par exemple. Il faudrait pour cela que notre système de surveillance pré- et périnatale collecte systématiquement les informations relatives aux violences et plus largement aux conditions de vie, ce qui est loin d'être le cas. Dans 40 % des cas, les violences conjugales débutent lors de la grossesse (Salmona, 2016). Selon Stewart (1993, dans Salmona, 2016), 69 % des femmes enceintes déclarent que la violence s'aggrave durant la grossesse. Enfin, Muhajarine (1999, dans Salmona, 2016) rapporte que, parmi les femmes qui déclarent des violences durant leur vie, 90 % en ont subi en postnatal précoce durant les trois mois suivant l'accouchement.

Bien que les actes violents subis au cours de la gestation entraînent un plus large signalement par les femmes – surtout s'ils sont extrêmement graves (coups, menaces de mort par armes, strangulation, agressions sexuelles) –, le nombre de fausses couches qui y sont liées n'est pas répertorié dans notre pays. Pourtant, selon l'enquête canadienne de 1993, sur les 45 % de femmes subissant des violences physiques, 10 % font des fausses couches. De même, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) réalisées en raison de cette violence n'est pas connu. Or, selon l'OMS (2014, dans Zaouche Gaudron et coll., 2016), le risque d'IVG est deux fois plus élevé dans une telle situation. Enfin, les lésions organiques liées aux coups répétés sur le ventre des femmes (décollement placentaire, hémorragies...) demeurent également inconnues. La violence d'un partenaire pendant une grossesse augmente aussi la probabilité de fausse couche, de

naissance d'enfants mort-nés, d'accouchement prématuré et d'insuffisance pondérale à la naissance. L'OMS le relève en 2014 sans fournir de données chiffrées précises. Conduite en Seine-Saint-Denis, l'enquête française menée par Joudrier (2012) et rapportée par Salmona (2016) étudie, rétrospectivement, les grossesses chez des femmes victimes de violences conjugales. Elle indique un taux d'accouchements prématurés de 23 % (contre 7 % dans le département étudié) et de 7 % d'accouchements à domicile contre 2 %. Toutes les femmes participant à l'enquête se souviennent avoir subi des coups pendant leur grossesse, 82 % d'entre elles des violences sexuelles et 28 % des coups sur le ventre.

Ainsi, il est noté que les naissances prématurées, les morts *in utero* par décollement ou rupture utérine, les souffrances néonatales et les faibles poids de naissance sont autant d'éléments qui témoignent que le fœtus et l'enfant subissent tout autant que leur mère les effets des violences conjugales. C'est ainsi que, selon l'OMS (2014, dans Zaouche Gaudron et coll., 2016), on associe également à la violence du partenaire des taux plus élevés de morbidité et de mortalité chez les nourrissons et les enfants, induits, par exemple, par des maladies diarrhéiques ou des cas de malnutrition.

Dans les premiers mois de vie de l'enfant, nous savons que se construisent les relations mère-enfant. Or, ces liens peuvent devenir très rapidement dysfonctionnels si, d'une part, la mère n'est pas en mesure, physiquement et psychologiquement, d'assurer les besoins vitaux et affectifs du nourrisson et si, d'autre part, le nourrisson subit *in utero* ou dès la naissance le cycle des violences conjugales obérant son développement staturo-pondéral, ses acquisitions

psychomotrices et la réciprocité du lien. Se trouvent ainsi générés, dès le début de la vie, des problèmes d'alimentation ou de sommeil, par exemple. De même, il n'est pas inutile de mentionner que, selon l'OMS (2014, dans Zaouche Gaudron et coll., 2016), les violences subies entraînent différents symptômes ou maladies traduisant un état de santé défaillant, tant au plan physique (céphalées, douleurs du dos et abdominales, fibromyalgies, troubles digestifs, mobilité réduite...) que psychique (dépressions, stress post-traumatique, troubles du sommeil, de l'alimentation ou psychiques, tentatives de suicide, alcoolisme...). L'ensemble de ces éléments s'exprime de la même manière durant la grossesse et les conséquences, tant pour la mère que pour le fœtus, sont désastreuses. En effet, des données montrent maintenant que le stress psychosocial, notamment dans des modèles animaux de séparation maternelle, peut agir physiologiquement *via* l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et la production d'hormones de stress, comme le cortisol. Dans de telles conditions, le fœtus ne peut qu'être affecté par la dégradation de l'état de santé physique et psychologique maternel, les deux étant potentiellement liés.

Dans un tel contexte de violence, la construction des premiers liens s'avère difficile à élaborer. On sait, en effet, que le quotidien et les routines interactives qui le rythment contribuent au développement harmonieux physique et affectif de l'enfant. Dans une recherche qualitative longitudinale menée aux États-Unis, Levendosky, Bogat et Huth-Bocks (2011) démontrent, à partir d'une étude de cas, que la violence conjugale subie par la mère durant sa grossesse peut affecter les représentations qu'elle possède d'elle-même et de son enfant, avant mais aussi après la naissance, et que ces représentations vont par la suite influencer la qualité d'attachement mère-enfant. Ainsi, la prédominance des représentations d'attachement « insécurisées/désorganisées » retrouvée par Savard et Zaouche Gaudron (2014) auprès de 38 enfants ayant grandi dans un climat de violences conjugales permet de souligner l'importance d'y porter une attention particulière tant dans les futures recherches que dans la pratique des professionnels, en aidant, par exemple, le parent à construire un cadre plus sécurisant pour l'enfant en étant davantage sensible à ses besoins et en y répondant de façon plus adéquate.

6. <https://www.bastamag.net/Violences-contre-les-femmes-leurs-terribles-consequences-sur-la-sante-toujours#nh6-6>.

7. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_plan_violences_faites_aux_enfants.pdf

Si aucune action n'est entreprise, l'ensemble de ces conséquences précoces aura des effets délétères à court, moyen et long termes sur le développement physique et psychique de l'enfant, même si, à l'heure actuelle, nous ne sommes pas en mesure de les quantifier. Aussi, est-il vivement souhaitable que les médecins et les services qui reçoivent les femmes et futures mères concernées par ces risques puissent répertorier et renseigner les éléments susceptibles de permettre de construire des données chiffrées fiables sur lesquelles s'appuyer pour analyser et agir. De manière plus large, les conditions de vie et la qualité des relations entre parents devraient être prises en compte par les services sanitaires et sociaux amenés à accompagner les nouveaux et futurs parents.

Une action publique de prévention à moindre coût

Il faut rompre le silence pour aider les femmes à rompre le silence, savoir ne pas banaliser, s'adapter, réagir et identifier, détecter et agir, autrement dit, mettre en œuvre une sensibilisation active (Zaouche Gaudron et coll., 2016). Se saisir des avancées du premier Grenelle contre les violences conjugales lancé le 3 septembre 2019, en rappelant, par exemple, que l'identification de violences conjugales subies par une femme enceinte autorise le médecin à effectuer un signalement sans l'accord de la victime, s'il estime qu'elle n'est pas en mesure de se protéger. Faire en sorte que les sept consultations prénatales obligatoires, au cours desquelles on demande à la future mère si elle fume, boit de l'alcool, prend des substances illicites ou mange trop de sucres, ménagent une place aux violences conjugales. La tolérance zéro vaut dans tous les domaines !

La question des violences conjugales doit, en effet, être posée afin d'envisager leur recherche systématique. Mais oser aborder le sujet nécessite une formation minimale pour comprendre que différentes formes existent et coexistent : dénigrement, insultes, contrôles (des déplacements, des outils numériques...), critiques incessantes, menaces, coups, rapports sexuels contraints, viols..., étant entendu que le processus s'aggrave au fil du temps. Lors des entretiens, il convient également de savoir repérer les réponses biaisées ou détournées, émotionnellement ou corporellement, suscitées par des questions générales : « Vous allez bien ? » ; « Comment va votre couple ? » ; « Est-ce que tout se passe bien à la maison ? »... Si des violences sont alors suspectées, un autre rendez-vous doit impérativement être programmé, dans le meilleur des cas avec la femme seule. Ne faudrait-il pas aussi améliorer la formation sur les facteurs de risque de violences conjugales ?

De même, l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales repose sur la connaissance en amont : 1. des réseaux locaux d'aide, d'écoute, d'appui et de soutien spécialisé aux parents – en commençant par les délégations de la Protection maternelle et infantile (PMI) ; 2. des ressources de proximité ; 3. des liens sécurisants permettant l'intervention des partenaires du réseau périnatalité les plus appropriés. Toutefois, ces réseaux doivent être mieux structurés car, en France, selon Patrick Pelloux, « les liens entre structures de soins, police et justice sont encore insuffisants⁶ ». L'enrichissement du contenu du carnet de maternité est une autre mesure simple et facile à mettre en œuvre⁷. L'objectif est de renforcer les messages de

prévention et de sensibilisation au sujet de l'impact majeur des violences sur la santé des enfants. Au Québec, un tel guide est remis gratuitement à tous les nouveaux parents, au début du suivi de grossesse. Il comprend un chapitre concernant les violences conjugales se déroulant durant cette période⁸.

Au niveau légal, une amélioration notoire peut également intervenir, en faisant en sorte que la plainte devienne la règle⁹. Ainsi, lors de la séance du Sénat du 9 juin 2020, Laurence Rossignol, vice-présidente du bureau du Sénat, souligne-t-elle, en évoquant les femmes victimes de violences conjugales, qu'« ignorant le Code de procédure pénale, les malheureuses ont cru, en faisant une main courante, déposer une plainte et se sont étonnées, ensuite, qu'il ne se passe rien, du moins sur le plan judiciaire ». « Protéger la mère, c'est protéger l'enfant » (Durand, 2013) ne dispense pas de l'impérieuse nécessité de protéger les enfants directement en les sensibilisant aux effets délétères des violences conjugales sur eux-mêmes. « Il faudrait écouter les enfants car ils peuvent être perturbés [...] ». Les mamans ne sont pas “en état” en période de crise pour évoquer ça avec les enfants. Il faudrait donc aider les mamans à dialoguer avec l'enfant sur la situation de violence conjugale passée¹⁰ » et permettre ainsi aux enfants qui y sont exposés de pouvoir s'exprimer et de trouver le soutien nécessaire.

Pour synthétiser et expliciter plus encore la simplicité de la mise en œuvre d'une action publique de prévention efficace en ce domaine, retenons qu'il suffirait d'éditer une page supplémentaire dans les cahiers de naissance, de poser au moins une fois la question des violences conjugales lors du suivi gestationnel, de connaître et diffuser les numéros d'appel sauveteurs (119 et 3919), d'informer au sujet des structures d'aide susceptibles d'accompagner les femmes et les mères et de faire des visites par la Protection maternelle et infantile la règle et non l'exception. Si les effets sur la santé physique et psychique des mères, des fœtus, des nourrissons et des enfants de telles mesures de bon sens seraient, à coup sûr, sensibles, leur coût est dérisoire.

Bibliographie

- AIACH, P. ; FASSIN, D. 2004. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé », *Revue du praticien*, n° 54, p. 2221-2227.
- BASSON, J.-C. ; HASCHAR-NOË, N. ; HONTA, M. (dir.). 2021. « La fabrique des inégalités sociales de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.

8. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre>

9. <http://www.senat.fr/seances/s202006/s20200609/s20200609004.html>...

10. *Étude sur les enfants victimes de violences conjugales, Haute-Vienne, Deux-Sèvres, Gironde, Charente*, mai 2020.

- CARDE, E. 2021. « De quoi les inégalités sociales de santé sont-elles le nom ? », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 107-115.
- CHARLES, M.-A. ; DELPIERRE, C. ; BRÉANT, B. 2016. « Developmental origin of health and adult diseases (DOHAD): Evolution of a concept over three decades », *Medecine Sciences*, vol. 32, n° 1, p. 15-20.
- COGNET, M. 2021. « La fabrique des inégalités sociales de santé. Une réalité sociale trop souvent tue », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 117-123.
- DURAND, E. 2013. *Violences conjugales et parentalité. Protéger la mère, c'est protéger l'enfant*, Paris, L'Harmattan, coll. « Sciences criminelles ».
- FASSIN, D. 1996. *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, Puf, coll. « Sociologie d'aujourd'hui ».
- GAINI, M. ; GUIGNON, N. ; MOISY, M. ; VILAIN, A. ; LEGLEYE, S. ; SPILKA, S. 2020. *Insee Références, édition 2020*, Insee, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4797660?sommaire=4928952>
- GASQUET-BLANCHARD, C. ; MOINE, R. 2021. « Une fabrique programmée des inégalités sociales en santé périnatale. Les limites actuelles de la prise en charge des femmes enceintes mises en situation de précarité », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 225-240.
- LAHIRE, B. 2021. « Inégalités sociales et vie augmentée », *Revue française des affaires sociales*, n° 3, p. 35-42.
- LAPIERRE, S. 2008. « Mothering in the context of domestic violence: The pervasiveness of a deficit model of mothering », *Child & Family Social Work*, vol. 13, n° 4, p. 454-463.
- LEVENDOSKY, A.A. ; BOGAT, G. ; HUTH-BOCK, A.C. 2011. « The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child », *Psychoanalytic Psychology*, vol. 28, n° 4, p. 512-527.
- LOPEZ, A. ; MOLEUX, M. ; SHAETZEL, F. ; SCOTTON, C. 2011. *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance*, rapport Inspection générale des affaires sociales, https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/igas_les_inegalites_sociales_de_sante_dans_lenfance.pdf
- SALMONA, M. 2016. « La grossesse à l'épreuve des violences conjugales : une urgence humaine et de santé publique », dans R. Coutanceau, M. Salmona, *Violences conjugales et famille*, Paris, Dunod.
- SAVARD, N. ; ZAOUCHE GAUDRON, C. 2014. « L'influence de la violence conjugale sur les représentations d'attachement de l'enfant âgé de 5 et 6 ans », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 35, n° 1, p. 135-162.
- YEGHICHEYAN, J. ; DELPIERRE, C. ; ZAOUCHE GAUDRON, C. 2021. *Santé développementale et vulnérabilités familiales. Expertise scientifique pluridisciplinaire*, rapport final, plateforme AAPRISS, Toulouse, IFRIS.
- ZAOUCHE GAUDRON, C. ; FLORES, J.-J. ; JASPART, C. ; PAUL, O. ; SAVARD, N. 2016. *Exposés aux violences conjugales : les enfants de l'oubli*, Toulouse, érès.