

Journal International De Victimologie International Journal Of Victimology

Tome 5, numéro 3 (Juillet 2007)

Exposition des enfants à la violence conjugale en pédopsychiatrie de liaison

VOINDROT, F.⁽¹⁾ ; MEAUX, C. ⁽²⁾ ; BERTHELOT, M. ⁽¹⁾ ; MOSER, J. ⁽³⁾ [FRANCE]

Auteurs

⁽¹⁾Infirmier(e) de secteur psychiatrique

⁽²⁾ Psychologue clinicienne

⁽³⁾ Pédopsychiatre Praticien hospitalier CMP de Thonon les Bains, Equipe de Pédopsychiatrie de Liaison., Centre hospitalier G Pianta BP 526, 3 av de la Dame Thonon les Bains 74200 France

Mots-clés

Pédopsychiatrie; violence conjugale; enfants exposés; agressivité; troubles des conduites; encoprésie; anxiété; suicide; geste para suicidaire

Introduction

L'exposition à violence conjugale et ses conséquences sur la santé psychologique des enfants sont souvent négligées. De nombreux articles, textes, groupes et thérapies sont consacrés aux auteurs et aux victimes de violence conjugale. Les travaux sur les conséquences pour les enfants de cette exposition ne présentent pas la même densité et il en va de même pour les thérapies. Les services de pédopsychiatrie n'échappent pas à cette logique, et en cela ne se différencient pas des autres spécialités médicales. Ainsi plus de 25% à 35% des consultations des femmes dans les services d'urgences seraient motivées par de la violence conjugale alors que les urgentistes n'en repèrent que 2% à 3%, et 60% des médecins généralistes affirment ne jamais avoir rencontré cette problématique dans leur clientèle féminine.

Du hasard et de la nécessité

Lors de notre première année d'exercice nous avons remarqué une prévalence importante de maltraitance et de

violence conjugale dans les familles des enfants qui nous étaient adressées. Dans certaines situations, la violence conjugale accompagnait d'autres maltraitances, dans d'autres cas elle apparaissait au décours d'un suivi.

La sensibilisation progressive de notre équipe de pédopsychiatrie de liaison à cette problématique nous a amenés à tenter « d'objectiver » cette impression clinique. Nous avons donc mis un place un recueil de données systématiques pour chaque enfant reçu entre le 1er janvier 2006 et le 30 avril 2006.

Les enfants nous sont adressés principalement par le service de pédiatrie, les urgences, la réanimation, et des autres services de l'hôpital, (chirurgie, cardiologie et pneumologie). Les intervenants extérieurs (ASE, établissements scolaires médecins généralistes et pédopsychiatres) représentent l'autre voie d'accès à notre unité. Les enfants que nous prenons en charge sont donc des enfants dont les troubles psychologiques sont

repérés par des professionnels du secteur sanitaire, social et éducatif du Chablais.

Sur cette période nous avons reçu 91 enfants, trois cas ne sont pas documentés (N=88). Il n'y a pas de différence significative dans la répartition selon le sexe (Filles/Garçons (Nf=45 et Ng=43)). Seule la violence physique a été retenue comme critère, la violence psychologique étant bien plus difficile à objectiver, à définir de façon consensuelle. Pour d'autres raisons nous n'avons retenu ni la violence sexuelle, ni la violence économique. Nous avons constaté que 40,9% (Ne=36) des enfants reçus par cette équipe de première ligne ont été exposés à de la violence conjugale (agression physique entre les parents). Ce chiffre qui peut paraître élevé s'explique par le fait que nous n'avons pas retenue l'exposition durant les douze derniers mois, comme dans de nombreuses études sur la violence envers les femmes, mais depuis la naissance de l'enfant.

Des études canadiennes donnent un taux de 11% à 23% d'exposition à la violence conjugale dans la population générale, de 17% pour les enfants de 6ans à 11ans et de un enfant sur douze soit 8% entre 4 et 7 ans (Toutes formes de violences confondues). Des travaux menés à Los Angeles indique que 57% des garçons et 56% des filles parmi les 935 adolescents interrogés ont été exposé à de la violence conjugale au cours de leur existence (toutes formes de violences confondues).

D'autres travaux montrent que les enfants exposés à la violence domestique et conjugale souffrent dans 63% des cas d'un problème de santé et la fréquence des troubles mentaux est de 21% contre 4% dans la population générale du Québec. 16% de ces enfants présentent des troubles psychologiques sévères alors que l'enquête Santé Québec trouve moins de 2% d'enfants souffrant de tels troubles dans la population générale. La proportion d'accidents de tous types chez ces enfants est deux fois plus importante que dans l'enquête Santé Québec. Ces quelques chiffres montrent l'ampleur du phénomène et si l'esprit était à la collection, d'autres statistiques tout aussi éloquents pourraient être données.

La spécificité de cette exposition et de ces conséquences pour les troubles anxieux semble bien établie : 12% des garçons exposés présentent des troubles anxieux alors que pour la population de garçons non exposés elle est de 6%. Chez les filles, on

trouve de l'anxiété dans 14% des situations suite à une exposition à des violences conjugales, alors que pour les filles qui n'ont pas subi cette exposition, le taux de personnes anxieuses est de 5%. Selon une enquête, après exposition à des scènes de violence conjugale un taux élevé d'anxiété est retrouvé durant deux ans chez les garçons et pendant quatre ans chez les filles. Tant chez les garçons que chez les filles, il y a une forte association entre exposition à la violence conjugale et les comportements agressifs : chez 43 % des garçons et chez 27% des filles. Avec les enfants non exposés l'agressivité manifeste est de 25% chez les garçons et de 17% chez les filles. L'agressivité comme l'anxiété ont des répercussions à court, moyen et long terme non négligeables. Pour l'agressivité, les processus d'identification à l'agresseur ne peuvent être écartés ; ainsi, les enfants exposés à la violence conjugale auraient plus tendance à avoir recours à la violence et à approuver le recours à la violence pour régler les conflits. De la même façon, plusieurs études ont montré que les hommes exposés à la violence conjugale dans leur enfance ont une probabilité plus importante de recourir à la violence dans les relations avec leur partenaire.

Des symptômes généraux et des signes spécifiques

Les symptômes qui ont motivé la consultation auprès de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sont : l'agressivité, l'anxiété, les troubles de conduites avec opposition, l'encoprésie, des troubles de l'attentions avec hyperactivité, des troubles anxieux majeurs, phobie scolaire etc.... Chez les adolescents, il faut ajouter aux symptômes précédemment énumérés, des troubles des conduites alimentaires, les tentatives de suicides et diverses intoxications (coma éthylique...) ou mises en danger ainsi que les gestes para suicidaires (scarifications). Seulement pour 4 enfants sur les 36 exposés, la violence conjugale motivait la consultation.

Les états de stress post traumatique peuvent aussi découler de l'exposition à la violence conjugale bien que ces derniers ne soient ni en lien avec le sexe de l'enfant ni avec l'intensité ou la distance de l'événement. D'autres études soulignent le lien entre la gravité, la fréquence, la durée de l'exposition à la violence conjugale et l'intensité des symptômes présentés par ces enfants.

Olga est une adolescente, originaire d'Afrique admise durant la nuit. Les urgentistes

évoquent des hallucinations visuelles (voit du sang sur les murs) une grande agitation et des gestes agressifs. Elle a reçu un traitement neuroleptique injectable qui a nécessité l'intervention de 5 personnes pour son administration. Le lendemain matin pendant notre rencontre elle présente et décrit plusieurs symptômes traduisant une hyperactivité neurovégétative, une hyper vigilance avec une réaction de sursaut exagérée, des difficultés d'endormissement, des réveils nocturnes, de l'irritabilité et des difficultés de concentration. Elle montre une détresse cliniquement significative. Elle évoque des idées suicidaires assez fréquentes. Elle dit ne pas avoir tenté de passer à l'acte et il n'y a pas scénario pour mettre en acte un geste suicidaire.

En Afrique à 6 ans ½, Olga a été témoin du meurtre de sa mère par son père à coups de machette (confirmé par son oncle). Elle revit l'événement traumatique de son enfance: peur intense, détresse, sentiment d'horreur au travers des flashbacks. Ce qui semble avoir déclenché cet épisode dissociatif est la dispute violente d'un couple d'amis.

Olga sera orientée vers un C.M.P. afin qu'elle puisse bénéficier d'un suivi psychologique pour ses troubles récurrents.

Treize des enfants (14,77%) ayant effectué une tentative de suicide avaient été exposés à de la violence conjugale. Ils représentent 39,39% du total des enfants pris en charge suite à un acte suicidaire par notre unité (Nts= 33 soit 37%).

Nous retrouvons une autre caractéristique assez spécifique chez ces enfants qui est d'avoir été témoins de tentative de suicide, ou d'un suicide. Le cas le plus extrême suivit dans notre consultation étant celui d'une enfant qui n'a pu interrompre l'acte suicidaire de son père. Dix ans après elle répondait à plusieurs critères du PTSD et elle était hantée par une culpabilité intense qui ne lui laissait guère de répit.

Entre trois et huit ans, tous les enfants (Nenc=8) que nous avons reçus pour encoprésie avaient été exposés à de la violence conjugale. Ils étaient devenus indisciplinés et agressifs à l'école et à la maison. Dans le cas le plus grave l'enfant ne vivait plus que dans un monde imaginaire fait

de guerre intergalactique et présentait un déficit de l'attention avec hyperactivité et d'importantes difficultés scolaires. L'encoprésie comme régression au regard du développement psycho sexuel, a pour conséquence une désinhibition pulsionnelle (amour haine) qui fait le lit de la violence dans cette perspective théorique .

Le test projectif « de patte noire » montre un recours important à l'agir et à l'agressivité. Aux planches « auge et baiser », la tendresse est très peu évoquée. La représentation est investie par l'agressivité, Les parents se déchirent, se battent. L'enfant, dans une position testimoniale évoque parfois crûment la violence de ses parents.

Les planches « batailles et départ » font ressortir des éléments importants d'agressivité en lien avec les sentiments de culpabilité, l'enfant se sent responsable de la violence de ses parents, il est donc puni pour cela et se retrouve abandonné, seul sur cette grande route. Etc... Les conséquences d'une telle culpabilité sur l'estime de soi et en terme de narcissisme semblent expliquer l'intensité du tableau clinique rencontré chez certains .

Avec la carte magique (la fée) l'enfant efface le passé, la violence et ses conséquences ainsi que la séparation du couple parental.

Une enfant adressée pour des hallucinations auditives nous permettra de suivre le cours de sa pensée : Elle a entendu et vu sa mère se faire battre, et elle est devenue hyper vigilante à tout signal sonore surtout le soir quand elle ne trouve pas le sommeil. Il faut savoir qu'elle est allée chercher les voisins pour séparer ses parents, pour sauver sa mère et éviter que son père ne commette un homicide. Alors, quand sa mère reçoit son nouveau compagnon, elle redouble d'attention et entend des cris dont elle ne comprend pas le sens : Elle entend son père battre sa mère, pseudo hallucination auditive, elle ne sait pas que les cris peuvent évoquer autre chose que la douleur. Mais cette « anecdote » nous en dit long sur les limites et la séparation entre les générations, ainsi que sur l'inversion des rôles ; parentification « L'enfant se sentant investi de la sécurité de sa mère ».



Figure 1 : Dessin de la dame de Fay

Tant les éléments recueillis au dessin de la dame de Fay, (ces enfants entre huit et douze ans ne dessinent que rarement un parapluie), que ceux de leurs jeux ou de leurs discours, incitent à penser que ces enfants se sentent pas ou mal protégés par leurs parents. Bien au contraire c'est l'enfant qui se doit de protéger les parents : la victime de la violence qu'elle subit, l'auteur de la violence qu'il impose. Les plus grands parfois font « le coup de poing » avec leur père. Il n'est pas rare de voir ces enfants développer des habilités dans le désamorçage de la colère de l'agresseur et des conflits naissant entre leurs parents quitte à se mettre parfois en danger. Cependant cette façon de faire face, cette stratégie de coping ne semble pas réduire les troubles présentés par les enfants. Certaines études montrent un taux supérieur des troubles dépressifs chez les enfants qui interviennent par rapport à ceux qui n'interviennent pas. Ce type de situation pose le problème de la parentification des enfants qui sont témoins-victimes de telles scènes et qui peuvent aussi en devenir un des acteurs. Cette situation n'est que la première étape des figures d'oxymore qui se rencontre dans la violence conjugale ; témoin/ victime – victime/acteur – acteur/auteur ; trajectoire

rencontrée chez un certain nombre d'hommes auteurs de violence conjugale. Il n'est bien sûr pas question ici de dénier la part de responsabilité de celui qui donne les coups mais de rendre compte, de ne pas passer sous silence la part de transmission intergénérationnelle, tant dans la modalité de type identification à l'agresseur que comme modèles relationnels appris pendant l'enfance. Dans d'autres situations, il semble que les enfants soient devenus les destinataires d'une violence précédemment adressée à la mère.

Lors des consultations nous percevons un lien important entre conflit de loyauté, la culpabilité de l'enfant, l'exposition à la violence conjugale, l'ambivalence des sentiments et les troubles internalisés (dépression, anxiété, faible estime de soi) où externalisés (trouble de conduites, agressivité, violence, fugues, conduites suicidaires, gestes para suicidaires, usage de toxiques) présentés par ces enfants. Ces enfants pensent trahir la victime quand ils éprouvent ou expriment des sentiments positifs pour l'agresseur. Ils ne peuvent pas plus évoquer leurs besoins de relation avec l'agresseur que composer avec les éprouvés de terreur ressentis durant l'exposition à des

scènes de violences conjugales . Mais bien au delà d'un conflit de loyauté, c'est une réactualisation de la problématique oedipienne dans la façon dont le sujet, dans une position active ou passive réorganise cette dimension fantasmatique. Le télescopage du fantasme et de la réalité devenant des plus anxiogène quand par exemple madame pour se protéger, se réfugie dans la chambre de l'enfant. C'est alors un tableau de peurs et de terreurs infantiles qui occupent le devant de la scène.

Le dévoilement

L'exposition à la violence conjugale est rarement rapportée spontanément. Cependant des questions simples permettent de faire le point à ce sujet. Quand un climat de confiance s'est installé, les adolescents indiquent parfois, sans avoir été questionnés sur ce sujet, les événements violents qui ont eu lieu dans le couple parental. Pour les enfants plus jeunes, il faut interroger le parent qui accompagne l'enfant : presque toujours la mère. Une seule fois, un couple nous a informés spontanément d'une situation de violence conjugale ancienne. La présence de l'enfant n'est pas souhaitable lors de ce recueil d'informations surtout en cas d'exposition récente.

Demander comment se résolvent les tensions, les conflits, comment se déroulent les querelles dans le couple permet le dévoilement de cette problématique bien plus facilement que les questions directes. Puis l'on peut resserrer le focus, y a-t-il des cris, cela va-t-il jusqu'aux insultes, vous sentez vous dénigré, parfois avez-vous eu peur, vous sentez vous menacé, avez-vous été bousculé, avez-vous reçu une claque. L'intervenant, par des questions trop intrusives risque de reproduire à son insu la violence, l'emprise et les relations asymétriques de pouvoir qu'il tente de mettre en lumière. Il faut respecter le processus d'empowerment des femmes victimes et respecter le rythme de chacune . Ne pas respecter le tempo des mères amène à des ruptures dont nous avons fait l'expérience. Il est important de comprendre que le processus de dévoilement participe à la mise en lumière du déni de la victime, et du pacte dénégatif qui maintient le système familial (secret autour de la violence), là où la dynamique de la cohésion prime et se paye du prix de la cohérence du système qui fait fi de la souffrance des victimes et des enfants en particulier.

Conclusion

La sécurité des enfants reste l'un des éléments déterminants des interventions en pédopsychiatrie. Susciter un dévoilement dont les conséquences immédiates pourraient être délétères pose question. Il faut être prêt à assumer toutes les implications qui en découlent et avoir les moyens de mettre en œuvre les mesures nécessaires. Connaître et tenir compte de la pratique des autorités tant policières que juridiques en la matière est primordiale dans ce choix. Les intervenants peuvent s'adosser et se référer à la loi si elle est réellement appliquée. Dans tout autre cas de figure, la prudence et l'évaluation pluridisciplinaire doivent rester la règle et la sécurité de la mère une préoccupation primordiale.

Références

Lors de recherches documentaires l'essentiel des ressources trouvées sur ce sujet sont nord américaines.

- Anzieu, D. & Chabert C. (2003). *Les méthodes projectives*. Paris: P.U.F.
- Balier, C. (2003). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris: Presse Universitaires de France.
- Berger, M. (2005). *Les enfants qu'on sacrifie au nom de la protection de l'enfance*. Paris: Dunod.
- Fortin, A. (2005). Le point de vue de l'enfant sur la violence conjugale. In *collection étude et analyse* (N° 32, ISBN 2-921768-53-4, p. 22). Montréal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Fortin, A., Trabelsi, M., & Dupuis, F. (2002). *Les enfants témoins de violence conjugale :analyse des facteurs de protection*. Montréal, QC : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention sociale (CLIPP).
- Hirigoyen, M.F. (2005). *Femmes sous emprise*. Paris: Oh! Édition.
- Kilpatrick, K.L. & Williams, L.M. (1998). Potential Mediators of Post-Traumatic Stress Disorder in Child Witnesses to Domestic Violence. *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 319-330.
- Kuenzli-Monard, F. (2001). Déconstruction des idées reçues Thérapie familiale. *Médecine et hygiène*, 22(4), 400, 401, 402, 403, 405.
- Lessard, G. & Paradis, F. (2003). *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et facteurs de*

- protection*. Québec: Institut National de la santé publique du Québec.
- Levendosky, A.A., Huth-Bocks, A.C., Semel, M.A. & Shapiro, D.L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 150-164.
- Litrownik, A.J., Newton, R., Hunter, E.M., English, D., & Everson, M.D. (2003). Exposure to Family Violence in Young At-Risk Children : A Longitudinal Look at the Effects of Victimization and Witnessed Physical and Psychological Aggression. *Journal of Family Violence*, 18(1), 59-73.
- Ouellet, F., Lindsay, J., Clément, M. & Beaudoin G. (1996). *La violence psychologique entre conjoints*. In *collection études et analyses* (ISBN 2-921 768- 07-0, p.14). Montreal : Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.
- Rapoport, D. & Roubergue-Schlumbeger, A. (2003). *Blanche neige et les sept naines et autres maltraitances*. Paris: Belin.
- Rinfret-Raynor, M. & Cantin, S. (1994). *Violence conjugale*, Boucherville: Gaétan Morin éditeur.
- Santé Canada. (1999). *Enfant exposé à la violence conjugale : Guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et services sociaux* (ISBN-0662-83267-1). Canada : Jaffe, P. & Suderman, M.
- Statistique Canada. (2003). *Agressivité chez l'enfant et exposition à la violence conjugale à la maison* (ISBN 0-622-8925560). Ottawa : Hotton, T.
- Statistique Canada. (2003). *Témoins de violences - l'agressivité et l'anxiété chez les jeunes enfants* (82-003, p.67). Ottawa: Moos, K.
- Walker, E.A. (2003). Technique d'évaluation et d'intervention en matière de violence conjugale. *Médecine et hygiène*, 233.