Remerciements

« Un enfant blessé dans son intégrité ne cesse pas d'aimer ses parents, il cesse de s'aimer lui-même »

Jesper Juul

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à mon Professeur, Directrice de thèse Mme DELLADJ-SEBAA Fatima-Zohra, pour son dévouement, sa patience et sa précieuse contribution dans mon modeste travail

Sans oublier de remercier le Professeur Badra MIMOUNI, responsable du projet en post graduation : Clinique infanto-juvénile et guidance parentale

Je remercie tous les membres du jury ainsi que tous mes professeurs en psychologie depuis la graduation

Enfin je tiens à remercier toutes les femmes et leurs enfants qui ont bien voulu collaborer à la réalisation de cette recherche

A ma chère mère, qu'elle repose en paix

A mon père

A ma petite perle Nesrine

A ma sœur Dr Ayadi Nawel et à sa petite Inès, à mes frères

A tous mes camarades à l'université d'Oran 2

À tous mes collègues, tous corps confondus au CHU d'Oran

A toutes les femmes battues

A tous les enfants oubliés, opprimés, brisés…

Puissent-ils un jour cicatriser les bleus de leur âme

Paroles d'enfants exposés à la violence conjugale

« Il a poussé ma mère par terre, j'ai peur pour elle, j'ai peur d'être frappé aussi… Je veux devenir gendarme » Garçon, 7 ans

« Je n'aime pas mon père, car il frappe ma maman, il vaut mieux qu'il s'en aille » Fille, 7ans

« J'ai peur qu'il arrive quelque chose de mal à ma mère » Fille 10 ans

« Mais si mon père porte le couteau, moi aussi je le porterai. Je vais tuer tous les hommes, je vais tuer mon père quand je serais grand » Garçon 6 ans

Résumé

La violence conjugale représente un problème de santé publique, c'est l'une des violences intrafamiliales les plus répandues au monde. Son impact sur la femme est sans équivoque, faisant d'elle une victime reconnue, mais qu'en est-il des enfants exposés à cette violence ? Ne sont-ils pas autant victimes que leurs mères, voire plus ?

Leur réalité longtemps ignorée, n'a commencé à intéresser chercheur et thérapeutes que vers la fin des années 80 comme en témoignent de récentes recherches. L'objectif de cette recherche est d'étudier l'impact de la violence conjugale sur les enfants exposés, âgé de 6 à 12 ans, dans une perspective explicative cet essai doctoral vise à approcher la souffrance des enfants exposés à la violence conjugale et décrire l'impact de cette violence sur leur psychisme, développement mental et affectif.

Notre étude s'appuie sur la théorie de l'attachement comme modèle explicatif de la violence conjugale. Dans cette perspective, nous avons adopté la méthode clinique qualitative, notre échantillon a été sélectionné parmi les cas de violence reçus au service de médecine légale au CHU d'Oran. Il se compose de Cinq (05) enfants vivant dans un contexte de violence conjugale depuis une période excédant une (01) année. Ces enfants exposées ont fait l'objet d'évaluation du traumatisme vécu à travers une échelle d'évaluation du PTSD (CPTS-RI) et d'entretiens semi directifs. Les mères victimes de violence conjugale ont fait aussi l'objet d'entretiens semi directifs et ont renseigné un questionnaire concernant la collecte des données ciblant les femmes violentées établi par la Direction de la Santé publique d'Oran. Quelques données chiffrées concernant la violence conjugale sont présentées.

Les principaux résultats de notre étude mettent en évidence la présence de différentes conséquences néfastes que la violence conjugale exerce directement sur le développement des enfants exposés âgé de 6 à 12 ans. Nous avons pu constater essentiellement la présence des symptômes de l'état de stress post traumatique (PTSD), des troubles extériorisés et intériorisés ont pu être relevés. On a constaté aussi l'importance de la qualité de l'attachement et du lien mère-enfant, comme facteur médiateur entre la violence conjugale et les symptômes de l'enfant. La prise en charge psychologique s'est avérée nécessaire et bénéfique pour ces enfants victimes. Cette prise en charge va de pair avec le soutien psychologique apporté aux femmes victimes. L'ensemble des résultats obtenus nous permet de proposer des perspectives de recherche et des pistes d'interventions auprès des enfants exposés à la violence conjugale.

Mots clés : Enfant, Violence conjugale, Impact psychique, Traumatisme, Etat de stress post traumatique. Attachement.

❖ Sommaire

❖ Etat de la question :

- Introduction……..……..…15
- Le bouleversement récent de la condition féminine dans la société algérienne.....17
  - A) La visibilité des femmes dans l'espace public.....18
  - B) Le mariage tardif.....18
  - C) Le mouvement de femmes.....19
- La législation Algérienne, la violence et la protection des victimes…20
- Le code pénal algérien concernant la violence (2015) 21
- La nouvelle loi sanitaire concernant la violence conjugale (2018) …24
- La prévalence de la violence conjugale dans la ville d'Oran au cours des quatre (04) dernières années (2015/2018, CHU Oran) 26
- Les enfants exposés à la violence conjugale, quelle réalité ?.....27

- **Synthèse.....29**

❖ CONTEXTE THEORIQUE

➢ CHAPITRE 1 : VIOLENCE, VICTIMOLOGIE ET PSYCHOTRAUMATISME

***1) La violence*.....34**

1.1. La Notion de violence.....34
1.2. L'histoire de la violence sur les enfants.....34
1.3. Les définitions de la violence.....35
A) L'usage courant.....35
B) Le sens juridique.....36
C) La définition retenue.....36
1.4. Les différentes formes de la violence.....37
A) La violence physique.....37
B) La violence verbale.....37
C) La négligence.....37
D) la violence psychologique.....37
E) la violence sexuelle.....37

2) La victimologie.....38

2.1. La notion de victimologie.....38
2.2. L'examen d'une victime de violences en médecine légale.....…38
2.3. Les expressions de la violence ; 39
A) L'agressivité.....39
B) L'agression.....40
C) le passage à l'acte violent.....40
D) la dangerosité.....40

3) Les modèles de représentation de la violence et de l'agressivité…41

A) Le point de vue Psychologique.....41
B) Le point de vue Psychanalytique.....41
C) Les approches Sociologiques.....42
D) Les approches neurobiologiques ; la neurobiologie, la neuro anatomie.....43
La neurochimie.....44
E) Autres déterminants biologiques de la violence ; l'insuline, la testostérone, la génétique.....45

4) De la violence au psycho traumatisme.....45

4.1. Un peu d'histoire.....45
4.2. Définition épistémologique.....47
4.3. Qu'est-ce qu'un psycho traumatisme ?.....47
A) L'aliénation traumatique.....47
B) Le bouleversement de la temporalité.....47
C) Le non-sens impliqué par le trauma.....48
4.4. L'évènement traumatique pour l'enfant.....48
4.5. Les typologies du psycho traumatisme.....49
A) Traumatisme de type 1
B) Traumatisme de type 2

5) L'état de stress post traumatique (PTSD) ; 50

5.1. La notion de stress.....50
5.2. L'historique du PTSD.....51
5.3. La définition du PTSD.....51
5.4. Le PTSD chez l'enfant.....52
5.5. Les modèles explicatifs du PTSD.....52

A) Le conditionnement de la peur.....52
B) Le modèle cognitif s'appuyant sur une dualité mnésique.....53
C) Le modèle neurocognitif.....53

6) La Clinque du traumatisme.....52
6.1. Les phases du psycho traumatisme.....53
A) La phase aigüe post traumatique ou phase initiale.....53
B) La période de latence.....54
C) La phase du PTSD.....54
6.2. Les symptômes du PTSD.....54
A) La reviviscence.....54
B) l'évitement.....55
C) L'hyper vigilance.....55
D) La dépression.....56
E) La modification durable de la personnalité.....56
6.3. Les critères de diagnostic du PTSD (DSM-5) 56

- ***Synthèse*.....58**

➢ ***CHAPITRE2 : LA VIOLENCE CONJUGALE***

1) Quelques études antérieures sur la violence conjugale en Algérie…60

***2) La violence conjugale*.....64**
2.1. Le conflit conjugal.....64
2.2. Du conflit à la violence conjugale.....64
2.3. Où en est-on avec la violence conjugale ? 64
2.4. La définition de la violence conjugale.....65
2.5. Les Définitions selon les courants ; 65
- Le courant biologique.....65
- La perspective pathologique.....65
- Le courant sociologique.....66
- La théorie structurelle et politique.....66
- Le point de vue psychologique.....66
- Le point de vue féministe.....66
- Le point de vue des criminologues.....66

- La définition retenue.....66

2.6. Les formes de la violence conjugale.....67

A) verbale.....67

B) Psychologique.....67

C) physique.....67

D) sexuelle.....67

E) économique.....67

2.7. Les cycles de la violence conjugale.....67

1- Une vraie spirale fracassante.....68
2- L'escalade de la tension.....68
3- L'explosion de la violence.....68
4- La justification/culpabilisation.....68
5- La lune de miel, rémission et réconciliation.....68
2.8. La violence et l'homicide conjugal.....69

3) Les femmes victimes et les hommes auteurs de violence : **69**

3.1. Les facteurs favorisant la violence chez les hommes auteurs.....70
3.2. Les facteurs favorisant la violence contre les femmes.....70
3.3. Le Portrait psychologique des victimes et des auteurs de violence conjugale ; 71
A) Les caractéristiques des hommes violents.....71
B) Les caractéristiques des femmes victimes de violence.....72
3.4. L'exercice de la parentalité et la violence conjugale ; 73
A) Chez l'agresseur.....73
B) Chez la victime.....73

4) Les théories explicatives de la violence conjugale masculine ; 74

1) La théorie de la Société patriarcale.....74

2) La théorie de l`apprentissage sexué.....74

3) La théorie de l'apprentissage social.....75

4) La théorie biologique.....75

5) La théorie de l'attachement ; .....76/ les styles d'attachements/ les interactions parentales.....77

5) Les conséquences de la violence conjugale sur les femmes victimes ; 78

A) Les conséquences physiques.....78

B) Les conséquences psychologiques ; 79

C) Le traumatisme psychique (PTSD).....79

6) Les interventions auprès des victimes et des auteurs de violence conjugale ; 80

6.1. Auprès des auteurs de violence conjugale.....80

6.2. Auprès des victimes de violence conjugale.....80

- ***Synthèse*.....82**

➢ ***CHAPITRE 3 : LES ENFANTS EXPOSES, LES ENFANTS TRAUMATISES***

***1) Le concept d'enfant exposé à la violence conjugale*.....85**

1.1. Les mots pour le dire ;

A) Le mot témoin.....85

B) Le mot victime.....85

C) Le mot exposé.....85

1.2. Que signifie l'exposition à la violence conjugale ? : 85

***Le développement affectif de l'enfant âgé de 6 à 12 ans selon Gesell*.....86**

***3) Les modèles explicatifs du développement socio-affectif de l'enfant exposé à la violence conjugale*.....89**

3.1. Le modèle de l'apprentissage social.....89

3.2. La théorie systémique de la famille.....90

3.3. Le modèle du dysfonctionnement familial.....91

3.4. Le modèle de la sécurité émotionnelle.....91

3.5. La théorie de l'attachement : 92

A) Attachement et rection au stress.....93

B) La Qualité de la relation mère-enfant.....93

4) Les expériences de l'enfant exposé.....94

A) L'expérience de la résignation.....94

B) L'expérience de l'intrusion.....94

C) L'expérience de la rage avortée.....94

D) L'expérience de la résilience.....95

5) Les conséquences directes de la violence conjugale sur le comportement des enfants exposés ; 95

A) Les troubles intériorisés : 96

B) Les troubles extériorisés : 96

C) Les enfants dans les mailles du trauma ; Le syndrome d'état de stress post traumatique (PTSD) ; 96

1) La spécificité clinique du PTSD chez l'enfant.....97

2) Autres troubles psycho traumatiques ; 98

A) Les modifications biologiques.....98

B) La parentification.....98

C) Les difficultés scolaires.....99

6) Les facteurs de risques et les facteurs de protection chez l'enfant : 99

1) Les facteurs de risques ; 100

A) les caractéristiques de l'enfant.....100

B) les caractéristiques de la famille.....101

C) les caractéristiques de l'environnement.....101

2) Les facteurs de protections ; 102

A) les caractéristiques de l'enfant.....102

B) les caractéristiques de la famille.....102

C) les caractéristiques de l'environnement.....103

7) Les interventions psychothérapiques auprès des enfants exposés à la violence conjugale 103

1. Le débriefing psychologique.....104

2. Les thérapies cognitivo-comportementale (TCC).....105

3. L'EMDR.....106

4. Les groupes thérapeutiques.....106

8) Le point de vue de l'enfant exposé et le devenir adulte (pronostic) de ces victimes ; au féminin / au masculin ***.....108***

- ***Synthèse.....109***

➢ ***CHAPITRE 4 : La problématique de la recherche***

1) l'Intérêt et l'objectif de la recherche.....112

2) La Problématique de la recherche.....114

3) Les Hypothèses de recherche.....115

4) Les limites de la recherche actuelle.....116

❖ ***LE CONTEXTE PRATIQUE***

➢ ***CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE***

1) Le contexte de violence conjugale.....119

2) Le Processus de choix des cas étudié ; 120

2.1. Le Profil de notre échantillon d'étude (Etude clinique de 5cas) 120
2.2. Les variables ; Sexe, âge, fratrie et statut social des enfants.....121
2.3. Les symptômes de l'état de stress post traumatique.....122

3) Modes de collecte des données.....123

3.1. L'approche qualitative.....123
3.2. L'étude de cas clinique.....123
3.3. L'entretien clinique ; L'entretien semi directif.....124
3.4. L'Observation clinique.....125

4) Les Outils de collecte des données.....126

4.1. L'échelle d'évaluation de l'impact du traumatisme sur l'enfant (CPTS-RI) ; 126

- L'objectif.....125
- Le descriptif.....125
- La méthode d'analyse.....127

4.2. La collecte des données chiffrées sur la violence ciblant les femmes au niveau du CHU d'Oran.....127

- ***L'analyse des données ; analyse du contenu.....128***

➢ ***CHAPITRE6 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS***

1. Présentation des cas cliniques.....130

2. Discussion de la problématique.....141

3. Synthèse des hypothèses de la recherche.....142

4. Discussion des résultats 146

- Apparition de la violence conjugale.....146
- Conséquences de la violence conjugale sur le développement de l'enfant : les troubles intériorisés et les troubles extériorisés 147
- Le traumatisme psychique ; L'état de stress post traumatique (PTSD).....148
- Conséquences sur le plan cognitif et scolaire.....149
- Perturbation de la relation mère-enfant.....150
- La parentification.....150
- Le conflit de loyauté.....151
- Le point de vue de l'enfant.....152
- L'efficacité de la prise en charge psychologique.....153

- **Synthèse.....155**

CONCLUSION GENERALE

1. Le devenir des enfants exposés à la violence conjugal e ; récit de vie de deux cas d'adultes exposés dans leur petite enfance.....160
2. **Conclusion et Recommandations 162**
3. **Annexes.....167**
4. **Bibliographie.....168**

Etat de la question

« Les femmes et les non-blancs ayant crié assez fort, on leur a finalement consenti le statut d'opprimés. Mais on ne pense pas encore aux enfants, car ils se taisent. De tous les opprimés doués de parole, les enfants sont les plus muets. »

(*Les enfants d'abord*, Christiane Rochefort)

Introduction

La famille représente la protection mais aussi le lieu de l'apprentissage de la gestion des pulsions agressives, de l'amour, des affects et ce sont ces valeurs dont l'enfant a besoin pour grandir d'une façon harmonieuse. Pourtant le foyer familial ne garantit pas toujours ces ressources, il peut faillir à sa mission et les parents peuvent faire preuve de violence. Leurs enfants exposés, vulnérables et dépendants, sont des enfants en souffrance, leur bien-être et leur santé sont menacés. Le foyer devient alors, le lieu de tous les débordements, de la peur et de l'insécurité. A partir de là on peut se poser la question : Quel est l'héritage émotionnel et affectif mais aussi développemental, d'un enfant qui grandit dans un contexte où il voit sa mère maltraitée et dépréciée au quotidien ? Parmi les violences familiales, la violence conjugale est la forme la plus courante. D'une affaire d'ordre privé, qui concerne uniquement le couple, elle est passée à une affaire d'ordre public, qui concerne le champ des sciences humaines et sociales mais aussi juridique**.**

Les études[1] montrent que la violence faite aux femmes est un fait universel. En effet, la violence conjugale a toujours existé dans toutes les cultures et tous les pays, qu'il s'agisse des mythes grecs, des chasses aux sorcières, l'homme a toujours trouvé les arguments pour légitimer la prévalence de l'homme sur la femme et justifier les moyens utilisés (Knibiehler, 2001). Les études qui ont été réalisées sur le sujet, ont environ une trentaine d'années et nous parviennent surtout des Etats-Unis et du Canada. Les chercheurs affirment que l'impact psychologique des violences conjugales sur les enfants est "majeur" et peut induire un traumatisme psychique susceptible de freiner ou d'entraver leurs développements, leurs apprentissages et leurs adaptations. (Fortin, 2005). D'autres chercheurs affirment que ses enfants manifestent plus de difficultés que ceux qui n'y sont pas confrontés. Il semble également que la situation de violence conjugale constitue une expérience douloureuse et traumatique pour les enfants qui la vivent et la subissent. Au Canada, elle affecte 58% des enfants, et le Gouvernement l'a reconnue comme une forme de maltraitance psychologique qui peut compromettre la sécurité et le développement de l'enfant[2]. Pour l'application de la présente loi, la sécurité ou le développement d'un enfant sont considérés comme compromis lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements

[1] L'étude de L'OMS (2017) à révéler que 30% des femmes sont victimes de violences conjugales de la part de leur partenaire

[2]Gouvernement du Québec, 2014 Article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse

psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux. (Savard & Zaouche Gaudron, 2011)

En Algérie, alors que ce phénomène constitue un problème majeur et qu'il pose à la société des questions d'ordre psychosociologique et éthique, il est encore souvent ignoré des préoccupations sociales, politiques et scientifiques. L'exposition des enfants à la violence conjugale est donc un phénomène mondial et aucune société n'échappe à cette réalité. Il est vrai que depuis quelques années, le monde prend conscience qu'un nombre non négligeable d'enfants sont exposés à la violence qui sévit au sein du couple parental : « Les violences conjugales ont un impact psychologique majeur sur les enfants » (K. Saldier 2010) mais ils sont encore trop souvent abandonnés, d'une part par les êtres censés les protéger et d'autre part, par leurs sociétés. Ils sont délaissés du fait de la place prépondérante qu'occupe la violence dans le huis clos familial. Les enfants exposés sont des enfants oubliés.

Notre recherche a pour intérêt de montrer que dans un contexte de violence conjugale, même si les enfants ne sont pas physiquement maltraités, il existe une réelle exposition psychique qui vient mettre en danger leurs développements, ils sont profondément marqués, parfois jusqu'au traumatisme, quel que soit l'âge et le sexe. Ils sont impuissants et face à la violence conjugale toute leur vie est suspendue. Un enfant, tant que son intégrité physique n'est pas mise en danger, ne fera l'objet d'aucune prise en charge des institutions d'aide à l'enfance.

Pour notre présente recherche nous avons pris comme modèle théorique explicatif de la violence conjugale masculine et de sa répercussion sur les enfants exposés, la théorie de l'attachement. Cette dernière stipule que les relations parentales au plus jeune âge conditionnent le rapport que l'enfant va avoir au monde, en tant qu'enfant et plus tard à l'âge adulte (Thompson, 2008). Nous avons aussi donné de l'importance à l'observation de la relation mère-enfant, car les études montrent que la situation de violence conjugale est un prédicteur de la diminution de la chaleur maternelle, de la diminution de comportements positifs, essentiels à une relation d'attachement sécure (Theran, Levendosky, Bogat et Huth-Bocks, 2005). La relation mère-enfant dans un contexte de violence conjugale constitue donc un important médiateur de l'adaptation de l'enfant. Au-delà des scènes de violences auxquelles l'enfant est exposé, les comportements maternels peuvent contribuer à augmenter ou diminuer la détresse de l'enfant. C'est ainsi que nous posons l'interrogation principale suivante :

Quel est l'impact psychique de la violence conjugale sur les enfants exposés âgés de 6 à 12 ans ?

Cette étude débute avec l'état de la question, qui contient des données chiffrées, le contexte politique et juridique de la violence conjugale en Algérie et nous survolerons les changements de la condition de la femme dans notre société. Elle abordera deux contextes : le premier est théorique et se divise en quatre chapitres : le premier chapitre présente quelques notions de victimologie, de violence et de psycho-traumatisme. Le deuxième est consacré à la violence conjugale, le phénomène est abordé à travers les définitions, les formes et le cycle, avec le portrait des hommes auteurs et des femmes victimes de violence. Dans le troisième chapitre, nous abordons l'impact direct de la violence conjugale sur les enfants exposés, nous décrirons leurs expériences et leurs vécus et nous développerons par la suite, les interventions spécifiques réalisées pour les enfants exposés. Enfin, dans le quatrième chapitre nous exposerons la problématique qui guide notre démarche, ainsi que nos hypothèses de recherche.

Le deuxième contexte est pratique. Il sera dédié à la méthodologie et aux résultats de notre recherche. Il sera composé de trois chapitres. Dans le premier on présentera la méthodologie utilisée, l'échantillon et le descriptif des techniques de recueil des données. Le deuxième détaillera l'étude de cas et la discussion des résultats obtenus et enfin, le dernier chapitre propose nos conclusions et nos recommandations.

- ***Bouleversements récents de la condition féminine dans la société algérienne :***

« La société algérienne, société traditionnelle en mutation douloureuse vers la modernité, accepte difficilement l'existence du sujet autonome, libre dans ces choix individuels, plus particulièrement lorsqu'il s'agit des femmes « (S. Khodja, 2002)

Le phénomène de la violence conjugale est devenu plus complexe au travers de nouvelles dynamiques identitaires car l'homme étant enfermé dans les codes de sa virilité et la femme étant en quête d'autonomie, les nouveaux rapports homme/femme ont mis à jour une nouvelle forme de violence, la violence psychologique, redoutable par son imperceptibilité, mais tout aussi néfaste de par l'emprise qu'elle représente.

Actuellement, l'Algérie connaît de profondes mutations sociales comme la réduction de la taille de la famille (Le Ministère délégué chargé de la famille et de la condition féminine

2004) comme la tendance croissante vers le modèle de la famille nucléaire (couple et enfants) qui représente désormais 69% de l'ensemble des familles. « L'Algérie a fait du chemin en ce qui concerne les droits des femmes. Après la mobilisation des associations féministes, des lois criminalisant les violences contre les femmes ont vu le jour. Il ne faut pas nier que la femme Algérienne souffre quotidiennement d'oppression sociale malgré les mesures prises » [3]

Les femmes algériennes en tant qu'acteur social et politique ont émergé réellement pendant la guerre de la libération nationale et ont été extrêmement médiatisées par la presse internationale de l'époque. Ce passé « héroïque » a contribué à forger une idée de l'émancipation des femmes par l'acquisition des droits politiques et sociaux (Fanon, 1975). Néanmoins, le discours politique utilise encore les termes de « libération » ou « d'évolution » qui connotent l'idée même du « retard » féminin. Les changements les plus pertinents, à notre avis, sont :

A) La visibilité des femmes dans l'espace public

Dans l'espace public, les femmes sont présentes en nombre même si elles n'ont pas de travail. On assiste à une féminisation massive de plusieurs secteurs d'activités et de plusieurs institutions, comme le secteur de la santé, de la justice, des médias (secteur stratégique pour l'image de la femme), et de plus en plus, la féminisation du secteur commercial et du secteur de la distribution. Tout ceci, les rend à la fois plus visibles mais en même temps les fragilisent. Ces travailleuses peuvent être exploitées sans possibilité de s'organiser et être à la merci de certains patrons peu scrupuleux. On note toujours la difficulté pour les femmes d'accéder aux métiers dit « masculins » et la possibilité pour elles d'utiliser toutes leurs compétences. Leur présence sur le marché de l'emploi reste tout de même faible avec un taux aux environs de 17%[4].

B) Le mariage tardif

L'extraordinaire rapidité des changements sociaux a aussi touché le mariage, car aujourd'hui les femmes appréhendent le mariage qui est de plus en plus tardif, les femmes ne cherchent pas tant leur bonheur que d'assurer une certaine sécurité. Le rapport de l'Office national des statistiques (ONS) révèle que l'âge moyen au premier mariage en Algérie a considérablement augmenté en une génération. Alors qu'il était de 23,8 ans pour les hommes et de 18,3 ans pour

[3]Quotidien Liberté (2017)
[4] ONS Office National des Statistiques 2015-2016

les femmes en 1966, il est, en 2006, de 33,5 ans pour l'homme et de 29,8 ans pour la femme. Ce recul spectaculaire de la nuptialité a souvent été interprété comme une conséquence des contraintes économiques et sociales. Ceci n'est qu'en partie vrai tant ces statistiques occultent un autre aspect de la réalité. Elles ne parlent que des mariages officiellement déclarés. Or, pour les mêmes raisons socioéconomiques, plusieurs personnes recourent au mariage coutumier, un mariage informel qui permet de se soustraire aux obligations, estimées trop lourdes, qui découlent d'un mariage officiellement formalisé[5]

On peut expliquer le mariage tardif des femmes par ces facteurs ;

- L'individualisation des projets matrimoniaux
- L'emploi et l'acquisition des moyens de leur autonomie telle que l'instruction
- L'autonomisation des femmes « trop instruites », elles sont redoutées par les hommes qui n'osent les demander en mariage, mais incapables de s'assurer un espace autonome dans la société, elles sont obligées de subir la tutelle des parents (Revue Algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, 1998)

C) Le mouvement des femmes

« Tout en étant précurseur d'un grand changement social, le mouvement des femmes aura permis de sortir la violence conjugale du domaine du privé et de la rendre visible dans la sphère publique » Aujourd'hui les avis sur le féminisme sont mitigés. Entre revendications des droits légitimes de la femme et revendications grossières et provocatrices des néo-féministes, le terme « féminisme » prête à confusion et est victime de beaucoup de clichés. Pour essayer de comprendre, il faut savoir que le mouvement des féministes a connu trois vagues, toutes différentes les unes des autres.

La première vague ; date de la fin du 19ème siècle jusqu'à la moitié du 20ème siècle. A cette époque les femmes revendiquaient leur droit de vote, leur droit à l'éducation, l'égalité juridique et militaient pour des réformes politiques. Elles s'acharnaient à changer l'image rétrograde vis-à-vis des femmes qui n'avaient pas plus de droits qu'un enfant ou un malade mental. Le mouvement des suffragettes[6], né en Angleterre a permis quelques lentes avancées dans les droits de la femme.

[5]Quotidien Algérie Part Les dessous de l´actualité 2017

[6]Les suffragettes étaient les militantes de la Women's Social and Political Union. Organisation créée en 1903.

La deuxième vague : est apparue après la deuxième guerre mondiale. Avec le développement économique des pays occidentaux. Les femmes ont rejoint massivement le monde du travail et les universités. Leur combat commence alors aux Etats-Unis. Ces femmes cherchaient à obtenir l'égalité salariale, à réduire la discrimination à leur égard, à abolir les stéréotypes limitant la possibilité des femmes, à stopper les violences de « genre » et à éradiquer la culture du viol. C'est un mouvement qui cherchait à faire évoluer les mentalités. Pourtant ce mouvement a donné naissance à une minorité de féministes radicales, qui refusaient toute « discrimination positive » en faveur des femmes et protestaient contre la « victimisation » des femmes maltraitées.

La troisième vague : A partir des années 80, le mouvement est porté par des militantes minoritaires (des femmes victimes de racisme, femmes homosexuelles, prostituées…). Ce mouvement s'est nourri des revendications du féminisme radical de la deuxième vague. Contrairement au deux précédents, ce mouvement s'est caractérisé par un vaste ensemble de pratiques divergentes. Les féministes modernes adhèrent à des pratiques souvent provocatrices et grossières. Cette vague touche beaucoup plus les pays occidentaux. Dans la majeure partie, les féministes des pays en voie de développement, revendiquent encore les droits légitimes des femmes. Les féministes militantes visent à mobiliser la société féminine autour des enjeux sociaux : Egalité devant la loi, Droit à l'instruction, Droit au travail, etc. Souvent les thématiques développées sont :

- Formation de cadres associatifs
- Participation politique des femmes dans les instances législatives et exécutives
- Lutte contre la violence envers les femmes (Centres d'écoute psychologique et assistance juridique ont été mis en place par le mouvement associatif : par exemple le centre d'écoute de SOS Femmes en détresse qui est parmi les premiers, la mise en place de réseau comme le réseau Wassila (Orientation, hébergement et prise en charge des femmes victimes de violences)

➢ *Législation Algérienne, la violence et la protection des victimes*

La violence conjugale a été un sujet tabou durant longtemps. Elle tente doucement de sortir du cercle privé, elle n'a pas toujours été interdite au niveau pénal. Au niveau de la législation des changements ont été apportés et il y a eu une prise de conscience sociétale, mais il reste beaucoup à faire. Le signalement doit être la préoccupation de tous les intervenants auprès des

femmes victimes, les moyens nécessaires pour répondre à leur demande doivent être adaptés et suffisants.

« L'égalité des sexes est codifiée dans les trois Constitutions Algériennes (1963-1976-1989) mais pas dans le Code de la Famille, adopté en 1984. L'histoire du code de la famille (inscrit à l'ordre du jour depuis 1963) est significative de l'enjeu des luttes sociales que représentent les femmes. Il n'était pas facile de codifier à l'intérieur de la famille, considérée comme sphère privée où l'état n'avait pas le droit de pénétrer sans s'attaquer à la "liberté" des individus, mais encore l'existence d'un droit musulman fixé depuis des siècles, était considérée comme un rempart contre le droit positif occidental. Les points de controverses fondamentaux sont la majorité civile des femmes, le divorce, l'héritage et la pension alimentaire. » (Boudeffa Saliha, 1992)

- ***Le code pénal Algérien concernant la violence (2015)***[7]

  (Crimes et délits contre les personnes. Meurtres et autres crimes capitaux et violences volontaires)

1) Meurtre, assassinat, parricide, infanticide, empoisonnement et torture ;

- ✓ **Art. 254** ; L'homicide commis volontairement est qualifié meurtre.
- ✓ **Art. 255 ;** Tout meurtre commis avec préméditation ou guet-apens est qualifié assassinat.
- ✓ **Art. 257 ;** Le guet-apens consiste à attendre plus au moins de temps, dans un ou divers lieux, un individu, soit pour lui donner la mort, soit pour exercer sur lui des actes de violence.
- ✓ **Art. 260 ;** Est qualifié empoisonnement tout attentat à la vie d'une personne, par l'effet de substances qui peuvent donner la mort plus ou moins promptement, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées, et quelles qu'en aient été les suites.

- ✓ **Art. 263 bis**. (Nouveau) - Est entendu par torture tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales sont intentionnellement infligées à une personne quel qu'en soit le mobile.[8]

[7] REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
PRESIDENCE DE LA REPUBLIQUE, Secrétariat Général du Gouvernement, Code pénal 2015

2) Coup et blessures volontaires ; (CBV)

- ✓ **Art. 264 ;** (Modifié) - Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à autrui ou commet toute autre violence ou voie de fait, et s'il résulte de ces sortes de violence une maladie ou une incapacité totale de travail pendant plus de quinze jours est puni d'un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans et d'une amende de cent mille (100.000) DA à cinq cents mille (500.000) DA.

- ✓ **Art. 265 ;** Lorsqu'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine est, si la mort s'en est suivie, celle de la réclusion perpétuelle ; si les violences ont été suivies de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes, la peine est celle de la réclusion à temps, de dix (10) à vingt (20) ans ; dans le cas prévu par l'alinéa 1er de l'article 264, la peine est celle de la réclusion à temps, de cinq (5) à dix (10) ans.

- ✓ **Art. 269 ;**(Modifié) - Quiconque, volontairement, fait des blessures ou porte des coups à un mineur de seize ans ou le prive volontairement d'aliments ou de soins au point de compromettre sa santé, ou commet volontairement à son encontre toute autre violence ou voie de fait, à l'exclusion des violences légères, est puni d'un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans et d'une amende de cinq cents (500) à cinq mille (5.000) DA.

- ✓ **Art. 270 ;** (Modifié) - Lorsqu'il est résulté des coups, blessures, violences, voies de fait ou privations visés à l'article précédent, une maladie, une immobilisation ou une incapacité totale de travail de plus de quinze jours, ou s'il y a eu préméditation ou guet-apens, la peine est de trois (3) à dix (10) ans d'emprisonnement et de cinq cents (500) à six mille (6.000) DA d'amende. Le coupable peut, en outre, être frappé pour un (1) an au moins et cinq (5) ans au plus de l'interdiction des droits mentionnés à l'article 14 du présent code et de l'interdiction de séjour.

[8] Le meurtre emporte la peine de mort lorsqu'il a eu pour objet, soit de préparer, faciliter ou exécuter un délit, soit de favoriser la fuite ou d'assurer l'impunité des auteurs ou complices de ce délit. En tout autre cas, le coupable de meurtre est puni de la réclusion perpétuelle.

3) Crimes et délits excusables ;

- ✓ **Art. 277 ;** Le meurtre, les blessures et les coups sont excusables s'ils ont été provoqués par des coups ou violences graves envers les personnes.
- ✓ **Art. 279 ; Le** meurtre, les blessures et les coups sont excusables, s'ils sont commis par **l'un des époux sur son conjoint** ainsi que sur le complice à l'instant où il les surprend en flagrant délit d'adultère.
- ✓ **Art. 283 ;** Lorsque le fait d'excuse est prouvé, la peine est réduite :

1- à un emprisonnement d'un (1) à cinq (5) ans, s'il s'agit d'un crime puni de mort ou de la réclusion perpétuelle ;
2- à un emprisonnement de six (6) mois à deux (2) ans s'il s'agit de tout autre crime
3- à un emprisonnement d'un (1) mois à trois (3) mois s'il s'agit d'un délit.

4) violence conjugale ;

- ✓ **L'article 266 bis** ; Neuf articles ont été modifiés en décembre 2015. La loi n°15/19 stipule que ;

- Quiconque volontairement, cause des blessures ou porte des coups à **son conjoint** est puni ainsi qu'il est suivi d'un emprisonnement de (1) un à (3) trois ans, si les blessures ou les coups n'ont occasionné aucune maladie ou incapacité totale de travail de plus de 15 jours.
- D'un emprisonnement de deux (2) ans à (5) cinq ans s'il y a incapacité totale de travail de plus de 15 jours. Dans ces deux cas, **le pardon de la victime met fin aux poursuites pénales.**
- Il est prévu aussi de la réclusion à temps de (10) dix à (20) vingt ans, si les blessures ou les coups ont été suivis de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un œil ou autres infirmités permanentes.
- De la réclusion à perpétuité, si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée. L'infraction est établie, que l'auteur réside ou pas dans le même domicile que la victime.
- L'infraction est également établie si les violences sont commises par **l'ex-conjoint** et qu'il s'avère qu'elles sont en rapport avec la précédente relation de mariage. L'auteur ne peut bénéficier des circonstances atténuantes si la victime est enceinte ou

handicapée ou **si l'infraction a été commise en présence des enfants mineurs** ou sous la menace d'une arme. Dans ces cas, lorsqu'il y a pardon de la victime, la peine est de 5 à 10 ans de réclusion.

- La loi punit, aussi d'un emprisonnement d'une (1) année à trois (3) ans, quiconque commet contre **son conjoint** toute forme de voies de fait, ou de **violence verbale ou psychologique répétée**, mettant la victime dans une situation qui porte atteinte à sa dignité ou à son intégrité physique ou psychique.
- Est puni aussi d'un emprisonnement de 2 à 6 mois et d'une amende de 20 000 DA à 100 000 DA, ou d'une de ces deux peines, q**uiconque importune une femme** dans un lieu public, par tout acte, geste ou parole portant atteinte à sa pudeur.

✓ **L'article 368**, le vol **entre conjoints** est puni, sous réserve d'une plainte entraînant une action publique.

✓ **L'article 330**, l'abandon de famille est pris en compte, même lorsque le couple n'a pas d'enfants. Mais, le viol entre époux n'est toujours pas condamné, la charge de la preuve reste un grand obstacle pour les femmes

➢ ***La nouvelle loi sanitaire concernant la violence conjugale (2018) ;*** [9]

➢ **Protection de la santé de la mère et de l'enfant**

✓ **Art ; 69 ;** la protection de la santé de la mère et de l'enfant est assurée par l'ensemble des mesures médicales, psychologiques, sociales, éducatives et administratives ayant pour but notamment ;

- De protéger la santé de la mère, avant, pendant et après la grossesse.
- D'assurer les conditions de santé et de développement de l'enfant

➢ **Protection des personnes en difficulté ;**

✓ **Art 88 ;** sont considéré personnes en difficulté notamment ;

- Les enfants ou les adolescents en danger moral
- Les mères et les femmes en situation de détresse psychologique et sociale

[9] Journal officiel de la république Algérienne démocratique et populaire, N° 46, le 29 juillet 2018

- **Pratique médico-légale ;**

  - ✓ **Art.198 ;** les professionnels de la santé sont tenus d'informer dans l'exercice de leur profession, les services concernés, des violences subies notamment par les femmes, les enfants, et les adolescents mineurs, les personnes âgées, les incapables et les personnes privés de liberté, dont ils eu connaissance

  - ✓ **Art 199 ;** en cas de violence sur une personne, tout médecin est tenu de constater les lésions et blessures et d'établir un certificat descriptif. Les taux d'incapacité et les autres préjudices sont déterminés par un médecin spécialiste en médecine légale, conformément à la législation et à la réglementation en vigueur. [10]

[10] Toutes blessures suspecte doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire selon les modalités fixées par la législation et la réglementation en vigueur

- ***Prévalence de la violence conjugale dans la ville d'Oran (CHU d'Oran 2015- 2018)***

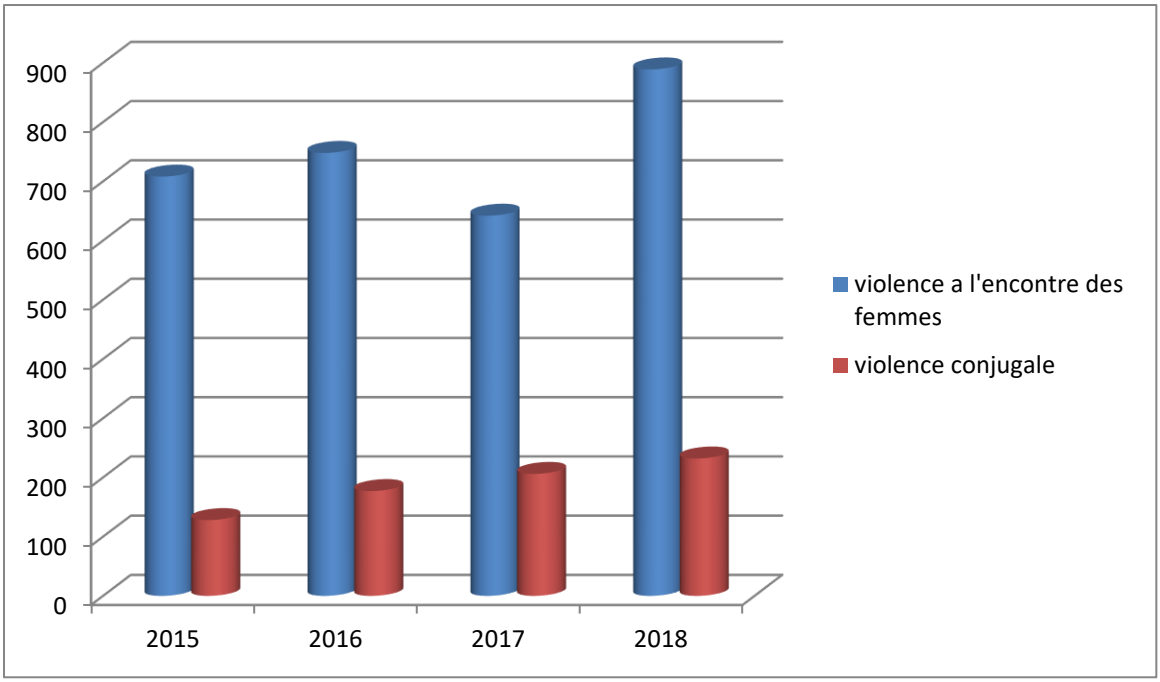
Nous avons voulu approcher concrètement le phénomène de la violence contre les femmes par le biais de données chiffrées. Pour cela, nous avons effectué au sein du service de médecine légale (CHU Oran), une collecte des données à partir d'un questionnaire élaboré par le Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

La collecte des données portant sur la violence faite aux femmes à partir de l'année 2015 au CHU d'Oran, a donné les statistiques chiffres suivants :

Années	***Le nombre de femmes victime de violence***	***Le nombre de femmes victimes de Violence conjugale***
2015	**708**	**128**
2016	**748**	**177**
2017	**642**	**206**
2018	**889**	**232**
Total	**2987**	**743**

En quatre **(04)** ans,**2987** femmes ont été violenté, dont**743** femmes victime de violence conjugale, soit 24**,87 %** de femmes ont été violentées par leur époux et ont porté plainte au niveau des commissariats de police et se sont adressées au service de médecine légale du CHU d'Oran.

Pourcentage de femmes ayant été violenté au cours de l'année 2015 jusqu'à 2018 au chu d'Oran



- ***Les enfants exposés à la violence conjugale, quelle réalité ?***

L'histoire a laissé peu de place à l'enfant. Il a longtemps été la propriété du père et totalement soumis à son bon vouloir : abusé, vendu, exploité, marié de force au plus jeune âge dans le cas des filles (Knibiehler, 2001). Avant la parole, les enfants n'étaient pas considérés comme des êtres pensants et après la parole, ils étaient volontiers considérés comme adultes.

Si aujourd'hui les auteurs contemporains, reconnaissent et octroient aux enfants exposés à la violence conjugale le statut de victime, cela n'a pas toujours été le cas. Pendant longtemps, les professionnels de la santé, des services sociaux, pourtant amenés à les rencontrer dans diverses situations, les ignorent souvent et ce n'est que ces trente (30) dernières années que leurs souffrances commencent à être prises sérieusement en considération. Les études quantitatives relatives à l'impact de la violence conjugale sur les enfants qui y sont exposés, ont principalement été menées aux Etats-Unis et au Canada. En Europe, les travaux sur cette question restent encore peu nombreux.

Nous présentons brièvement un aperçu de ces recherches et études :

- Hershorn et Rosenbaum en 1985, les ont décrits comme des victimes indirectes et involontaires de la violence
- Humphrey en 1993, a affirmé que ces enfants sont plus vulnérables que ceux victimes de maltraitance physique
- Les difficultés diffèrent selon l'âge de l'enfant, les plus rapportées sont l'anxiété, la dépression, les troubles des conduites et l'état de stress post traumatique (Chénard, L, (1994)
- La présence de violence conjugale est clairement liée à la violence faite aux enfants. Selon McCloskey (1994), il y a quinze fois plus d'enfants victimes d'abus dans les familles où il y a de la violence conjugale
- On compte quatre études réparties entre la France, la Grande-Bretagne et l'Espagne qui indiquent que ses enfants présentent 10 à 17 fois plus de troubles affectifs et comportementaux que les autres enfants (Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S. (1990) Sternberg et coll., 1993 ; Sudermann et Jaffe, 1997)
- L'exposition à la violence conjugale est associée à plusieurs problèmes et troubles chez les enfants comme la dépression, l'anxiété, la délinquance et l'agressivité, même si la violence conjugale n'est pas directement dirigée contre les enfants, il s'agit d'une forme de maltraitance à leur égard et ils en sont victimes (Pâquet-Deehy Ann, 1995)
- D'autres chercheurs soulignent, que la situation des enfants exposés est encore trop peu étudiée en comparaison des autres formes de maltraitance (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith et Jaffe 2003)
- On note des problèmes de santé physique et mentale, des problèmes d'ordre cognitif ou d'apprentissage et sur le plan du fonctionnement social et relationnel (Kitzman, K, M. Gaylord, N.K. Ar ; Kenny, E.D.2003)
- « L'exposition à la violence conjugale est une forme de mauvais traitement psychologique qui se manifeste de plusieurs façons puisqu'elle a pour effet de terroriser, d'isoler les enfants, la socialisation se fera sur des formes inadaptées de relations interpersonnelles » (Holden, G.W, 1998)
- Dans une étude publiée en 2006, l'Unicef met en exergue différents risques encourus par les enfants qui sont exposés à la violence conjugale, allant des difficultés scolaires à celles concernant leurs aptitudes à la vie sociale, en passant par la dépression, l'anxiété et d'autres problèmes psychologiques et estime à 275 millions le nombre d'enfants exposés à la violence domestique à travers le monde. Cette dernière provoque sur les enfants un impact dévastateur et durable d'autant plus s'ils sont très jeunes et peut détériorer leur développement mental et émotionnel à une période décisive de leur croissance. (Unicef, Août 2006)

- Les difficultés d'adaptation sont aussi plus présentes chez ses enfants que ceux qui vivent dans un environnement familial non violent (Bourassa, 2006)
- Pour André Fortin (2009) il s'agit d'une forme de maltraitance vis-à-vis des enfants encore peu étudiés. L'auteur précise que l'exposition à la violence conjugale génère chez l'enfant de la peur et de la terreur pour sa propre sécurité et celle de la victime
- Karen Sadlier (2010), considère la violence conjugale comme un facteur de risque pour la vie psychique de l'enfant exposé, elle spécifie sa position comme étant aussi traumatisante que s'il était victime directe de violence
- Zaouche Gaudron (2014) précise que les enfants exposés à la violence conjugale tiennent une place particulière au sein de leur famille et également lors des passages à l'acte violent. Pas seulement témoin, ni tout à fait victime (au sens juridique du terme), ces enfants vivent dans un climat d'insécurité permanent. Or, la famille doit constituer pour l'enfant un milieu de vie sécurisant sachant que les liens entre chaque sous-système (parental, conjugal, fraternel) vont influencer son développement.
- Les classifications des mauvais traitements à l'égard des enfants, comme celle de l'OMS, incorporent l'exposition à la violence conjugale comme une forme de maltraitance psychologique.

SYNTHESE

« Les coups que reçoivent les femmes par leurs conjoints, ne sont plus seulement destinés à les humilier ou à les pousser à se soumettre mais leur laissent des séquelles a vie ou les tuent tout simplement » (Hammadi Nissa 2006)

Les actions menées de la part des organisations féministes n'ont pas pu transformer radicalement les choses, néanmoins dans les années 70, elles ont fortement contribué au développement de l'aide apportée aux femmes victimes de violence conjugale et c'est suite à cela que les chercheurs ont commencé à s'intéresser aux enfants exposés à la violence conjugale à partir des années 80. En Algérie, beaucoup de manque restent à combler.

La présence de plus en plus marquée des femmes sur le marché du travail résulte de la conjonction de plusieurs phénomènes découlant à la fois du contexte économique et du domaine socioculturel : l'élévation du niveau d'éducation des filles, le recul de l'âge au mariage, l'accroissement des besoins des ménages en raison d'une offre de plus en plus grande de biens et services et une plus grande permissivité de la société à l'égard du travail

des femmes, notamment du travail des femmes instruites. Même s'il y a une progression, elle semble assez lente. Pour pouvoir se prononcer, il faudrait avoir plus de données afin de calculer une évolution sur les 10 dernières années. Car là plus ou moins grande présence de femmes mariées dans l'emploi ou dans le chômage est un bon indicateur de changement social.

Néanmoins les choses commencent à bouger. En décembre **2015,** la loi pénale prend acte des violences faites aux femmes, en effet le parlement algérien a amendé le Code pénal afin de criminaliser certaines formes de violences domestiques. Cette loi qui modifie et complète le code pénal, introduit la notion d'harcèlement sexuel et punit toute forme d'agression, de violence verbale, psychologique ou de maltraitance envers les femmes, donc il y a une prise en considération que la violence est multiforme, cette nouvelle législation veut notamment défendre les femmes contre les violences de leurs conjoints et préserver leurs ressources financières. C'est un pas dans la bonne direction, et c'est une réponse positive aux attentes de la société civile mais la nouvelle loi comporte encore certaines lacunes. En effet ce texte prévoit l'arrêt des poursuites judiciaires en cas de « pardon » de la victime (Art 266) cette dernière risque de subir de fortes pressions à cet égard. La réalité des choses c'est la discrimination et les violences qui restent le quotidien des femmes, en effet elles représentent une tranche de 17% de la population qui travaille. Cependant, elles ne sont que 7% à accéder aux postes de responsabilité. Pourtant, les femmes représentent 65% des diplômés. Après la Tunisie l'Algérie devient le deuxième pays à criminaliser les violences contre les femmes.

En Algérie la violence conjugale est très répandue mais les statistiques disponibles portent sur les seules violences déclaré à la suite d'une démarche des femmes auprès d'une institution, ils proviennent des services de sécurité ; des travaux de recherches, de pratiques cliniques et également du monde associatif donc l'ampleur globale du phénomène reste méconnue. **7.375** cas de violences faites aux femmes ont été en registré au cours des neuf premiers mois de l'année **2015**[11]**.** Précisons aussi que les chiffres présentés ici ne reflètent pas réellement le phénomène de la violence conjugale, ils ne sont qu'un indicateur de la gravité et de l'étendue du phénomène. Notons que ces chiffres ne concernent que le CHU d'Oran et qu'en plus il y a ce qu'on appelle le chiffre noir, car il y a des femmes qui souffrent en silence et qui choisissent de ne pas porter plainte, ni même d'aller voir un médecin.

[11] Weekend rubrique 2015

En 2018, une table ronde réunissant tous les acteurs concernés (médecins légistes, psychologues, associations, procureurs et juges d'instruction...) a été organisée à Alger, pour établir une loi visant à mieux protéger la femme victime de violence conjugale. La même année, la loi sanitaire qui incite chaque professionnelle de la santé a dénoncé la violence conjugale représente un pas en avant dans la prise en charge des victimes.

Concernant les enfants exposés, bien que grandir dans un climat de violences physiques et psychologiques puisse avoir de graves conséquences sur les enfants, ceux-ci ne sont pas suffisamment pris en compte, ni protégés par la loi. Au regard des droits des enfants à une vie exempte de violences, en particulier à une éducation sans violence, ainsi qu'à des soins et à une protection, cette situation ne peut plus être acceptée. Aussi il demeure délicat de déterminer le nombre d'enfants affectés par cette violence car il est très complexe d'identifier à quel moment l'enfant n'est plus exposé à la violence conjugale. Effectivement, la fin de la vie conjugale n'entraîne pas forcément l'arrêt des violences, qui peuvent même s'accroître à ce moment-là, notamment dans le contexte de l'exercice des droits d'accès aux enfants (Rinfret-Raynor, Dubé, Drouin & al. 2008). C'est pourquoi, il ne fait nul doute que le nombre d'enfants exposés est largement sous-estimé. Quelque 275 millions d'enfants sont actuellement exposés à la violence familiale. Dans le monde et il s'agit là d'estimations prudentes. Le fait que le phénomène soit souvent mal documenté est que certains pays ne disposent même pas de données sur le sujet, explique qu'il soit difficile de calculer plus précisément le nombre d'enfants affectés.

Contexte théorique

La vie serait façonnée par l'agression (Hacher 1972)

Chapitre 1

Violence, victimologie

Et psycho traumatisme

« Quiconque connaît l'Histoire, sait que la désobéissance est la vertu originale de l'homme »
Oscar Wilde

1. La violence

1.1 La notion de violence :

Autrefois les guerres et les vengeances personnelles réglaient les conflits entre individus, groupes sociaux ou pays. Les violences domestiques ou les conflits entre dominants et dominés s'exerçaient sans pitié. De nos jours, pas un jour ne passe sans qu'on entende parler de violence, partout à travers le monde, qu'elle soit explosive ou discrète et la presse en témoigne quotidiennement. Tous les spécialistes des sciences humaines, tous les agents des autorités judiciaires et policières, ont à traiter avec la violence et s'efforcent de la canaliser, mais malgré tous les efforts déployés pour l'enrailler, tous les discours, les jugements, les répressions, l'emprisonnement, le constat d'échec est là, la violence est toujours présente et reste insaisissable. Elle est également complexe et donc ne peut donner lieu à une définition unique. Ses manifestations et ses effets donnent lieu à de multiples interprétations selon sa gravité et son intensité. Aujourd'hui la prévention de la violence est devenue une priorité pour la santé publique.[12]

Le mot violence a la particularité de désigner à la fois une manière d'être, une action et la valeur qui s'y rattache, l'intensité et l'usage de la force ainsi que le dommage causé à autrui. C'est dire que la violence se caractérise plus facilement qu'elle ne se définit. Il y a plusieurs termes qui désignent la violence, nous avons retenus ceux qui nous semble les plus pertinents comme ; l'agitation, l'agression, l'agressivité, l'animosité, l'ardeur, l'attentat, le bouillonnement, la brutalité, la colère, les coups et blessures, la cruauté, l'emportement, l'excès, la férocité, la fureur, la furie, l'intolérance, l'irritabilité, la sauvagerie, les sévices et la torture.

1.2. L'histoire de la violence sur les enfants :

L'histoire de la civilisation montre qu'à l'inverse des agressions individuelles entre adultes qui furent toujours sanctionnées au sein d'un groupe déterminé, les différentes formes de violences exercées contre les enfants ont été plus ou moins tolérées voire approuvées par la société et l'histoire de l'humanité rapporte le cas de sévices exercés contre les jeunes enfants (Strauss P, et Manciaux M, 1993)

Depuis le XIXème siècle, on parlait de « cruauté » et on l'associait à la pauvreté (spécialement aux Etats-Unis où fut créée en 1874, la société new yorkaise pour la prévention de la cruauté envers les enfants). Mais l'évolution des concepts moraux et des connaissances dans les sciences humaines a largement modifié la conscience, cette tendance s'est amplifiée au XXème siècle et les sociétés témoignent d'un intérêt de plus en plus marqué pour l'intégrité physique, psychique et sexuelle des enfants. De plus, on a vu l'émergence du mineur comme catégorie juridique.

Au XXème siècle, le dispositif de protection médicale, sociale et juridique, devient de plus en plus complexe et prend force de loi sur la scène internationale, en 1924, la déclaration de Genève est une première tentative internationale de codification des droits fondamentaux des

[12]Résolution WHA 49.25 de l'OMS 1996

enfants, les droits de l'enfant à recevoir une éducation et à être bien traité selon ses besoins, ont été formalisés dès 1946. Ensuite d'autres dates importantes vont jalonner l'histoire de la protection de l'enfant jusqu'en 1989, année où l'ONU adopte la Convention Internationale des droits de l'Enfant, les enfants deviennent alors réellement sujets de droit, la convention leur octroie une protection en fonction de leur vulnérabilité, une participation aux décisions qui les concernent et des prestations en matière de santé et d'éducation.

En 1962, Kempe et ses collaborateurs avaient décrit le syndrome de l'enfant battu, inaugurant une nouvelle et décisive étape dans le traitement de la maltraitance. Depuis Mulhern (1996) l'importance n'est plus la pauvreté mais le trouble psychologique sous-jacent à la pauvreté, et l'on considère désormais le maltraitant comme un malade à qui l'on propose un traitement thérapeutique. (Juan luis linares 2008)

Après consultation des définitions que 58 pays ont proposées en 1999, la définition suivante a été adoptée : « la maltraitance de l'enfant comprend toutes les formes de mauvais traitement physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entrainant un préjudice réel de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une responsabilité, de confiance ou de pouvoir ». En octobre 2002, l'OMS édite son premier rapport mondial sur la violence et la santé. La violence est devenue une question de santé publique et la maltraitance des enfants un problème mondial.

1.3. Les définitions de la violence :

" L'usage délibéré ou la menace d'usage délibérée de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence. (OMS, 1996)

A) L'usage courant

Les dictionnaires contemporains définissent la violence comme « un état, une force intense et souvent destructrice : violence de la tempête, d'un choc, d'un caractère, d'une passion…ex, Par extension, la violence désigne une outrance, une vigueur excessive ou la violence d'une expression, elle est aussi un fait, caractérisé par l'abus de la force, dans le but de contraindre quelqu'un contre sa volonté. Elle s'oppose à la conciliation et au dialogue et donc au droit.

La violence ne peut être comprise seulement dans sa matérialité, mais doit être repérée dans tout ce qui concerne le respect des autorités, la transgression des lois et de l'ordre établi, ce dernier se définit comme « un ensemble de conduites conformes, établies en fonction d'un certain ordre et acceptés par l'ensemble des citoyens, en échange de certains droits fournis par la société ». En société, l'individu renoncerait à son « agressivité » par l'intériorisation des automatismes ritualisés de la vie sociale, ce renoncement constitue un sacrifice naturel de l'individu à la société, qui en échange assurerait et satisferait les besoins sociaux de chacun,

par ce mécanisme de sublimation, l'agression instinctuelle, va être détournée de ses buts et dirigée de manière à être productive, rentable et utile pour la société en général.

B) Le sens juridique :

Il y a violence que s'il y a injustice. Au fil des siècles, la justice suppose un équilibre des forces afin de sauvegarder l'intégrité de la personne, ou d'un groupe social, elle intervient préventivement et protège également les minorités. Cette approche juridique de la violence, se réfère à la norme et n'est donc pas une valeur absolue. Elle considère non seulement les actes d'agression portant atteinte à l'intégrité corporelle, mais aussi ceux entraînant un trouble psychologique.

Si les violences sont généralement liées à l'emploi de la force physique, suivi d'atteintes physiques durables, certaines ne peuvent cependant être assimilées à des "coups et blessures", de gravité moindre, elles sont assimilées à des "voies de fait". D'autres, dites plus "légères" sont réprimées par des contraventions de police (saisir une personne au corps, lui cracher à la figure…). Les violences constituent donc soit un délit, soit l'élément constitutif d'un délit, ou d'une circonstance aggravante, ou encore un fait générateur d'excuses. Dans des conditions strictement définies, la loi autorise certaines violences comme pour le sport, la chirurgie, ou le maintien de l'ordre…Le droit définit la violence comme : "un acte par lequel s'exprime l'agressivité et la brutalité de l'homme dirigé contre ses semblables et leur causant des lésions ou des traumatismes plus ou moins graves".

C) La définition retenue :

Quel que soit le caractère multiforme de ces aspects, la violence est toujours comprise comme une atteinte à l'intégrité physique, aux intérêts vitaux matériels et moraux d'autrui. L'idée de violence est chargée de valeurs positives ou négatives, en rapport avec les situations jugées normales ou légales. Ces normes peuvent êtres institutionnelles, juridiques, culturelles, personnelles. Elle introduit la menace de l'imprévisible, du dérèglement et du chaos, « cet élément d'imprévisibilité totale que nous rencontrons à l'instant où nous approchons du domaine de la violence « (H. ARENDT1972). La violence porte ainsi l'idée d'une infraction à une norme établie et son appréhension dépend des valeurs et des critères en vigueur dans une société ou un groupe, à une époque considérée.

Nous avons choisi de retenir la définition suivante : « Il y a violence quand, dans une situation d'interaction, un ou plusieurs acteurs agissent de manière directe ou indirecte, en portant atteinte à autrui, à des degrés variables, soit dans leur intégrité physique, soit dans leur intégrité morale, soit dans leurs possessions, soit dans leurs participations symboliques et culturelles ». (Y. MICHAUD 1998).

1.4. Les différentes formes de violences :

Les actes de violence se manifestent en prenant de multiples formes, elles peuvent être insidieuses, dévastatrices, parfois « gratuites ». Elles expriment un rapport de force et n'est pas toujours facilement repérable.

A) La violence physique : Elle désigne le fait de frapper, de battre ou de porter atteinte au corps d'autrui, notamment de l'intoxiquer, le brûler, lui infliger des coups, le mordre, le secouer, le brutaliser, l'étrangler ou exercer toute force ou forme de contrainte contre lui.

B) La violence verbale : Elle peut prendre l'aspect d'agression verbale comme des insultes, menaces, humiliations ou d'attitudes qui ne portent pas directement atteinte au corps, mais au mental. Il n'y a pas ici de matérialité ni de trace bien que sa résonance soit forte, elle peut aussi s'exprimer à un niveau émotionnel, la colère se traduit dans des gestes brusques, des conduites d'évitement, des propos désobligeants qui nient l'autre, qui l'excluent… Dans le même registre une anxiété excessive entraîne l'autre dans la peur et réduit ses capacités adaptatives en le poussant à agir de manière non adaptée.

C) La Négligence : Elle se définit comme un manquement au devoir de satisfaire les besoins physiques et psychologiques fondamentaux d'une personne sous dépendance, d'un enfant en particulier ou une personne âgée, il est souvent difficile d'en définir les limites et de la détecter, la violence ici n'est plus active, mais passive en quelque sorte, l'atteinte de l'autre ne se réalise en ne faisant pas ce qui est attendu, espéré, souhaitable voire nécessaire.

D) La violence psychologique : elle désigne généralement des actions ou des omissions, qui selon les normes en vigueur dans une collectivité pourraient avoir des effets néfastes, comme la négligence, elle est parfois difficile à préciser et à détecter, il ne s'agit pas d'un phénomène isolé, mais d'une forme de violence répété et soutenue comme le rejet, l'humiliation, l'intimidation, l'isolement, la corruption, l'exploitation et le retrait de l'affection.

E) La violence Sexuelle : elle désigne toute situation de contact sexuel non consenti par la victime, par extension, elle s'exprime quand une personne est exposée à un contact, à une activité ou à un comportement à caractère sexuel. La sexualité forcée est souvent accompagnée de brutalités physiques et menaces. La différence d'âge et de pouvoir entre la victime et l'agresseur, devient un facteur déterminant lorsqu'on tente d'établir s'il y a agression sexuelle.

2) La victimologie

2.1. La notion de victimologie :

La victimologie est une branche de la criminologie qui étudie la victime. C'est une science récente, apparue en Europe et aux Etats-Unis après la seconde guerre mondiale, à cette époque la victimologie était l'étude de la relation victime-criminel. Son objectif étant de mieux comprendre le crime et ses conséquences pour la victime. C'est l'avocat pénaliste Benjamin Mendelsohn (1900-1998) qui introduit le mot victimologie, pour désigner la science de la victime, en se rendant compte du rôle primordial de la victime dans le passage de l'acte criminel. Il écrit dans un article intitulé, « Une nouvelle branche de la science biopsychosociale : la victimologie » en 1956 « Pourquoi dans cette société si humaine lorsqu'il s'agit de celui qui enfreint la loi, se désintéresse-t-elle de la victime, qui à part la souffrance infligée par l'agresseur, doit aussi supporter le fardeau de la preuve ? » Pour lui, il est important que la victime soit étudiée autant que l'est le criminel car le problème de la criminalité doit être approché sous l'aspect de la personnalité de la victime, du point de vue préventif, curatif, biologique, psychologique et sociologique. Il voit dans cette nouvelle science une vraie prévention contre les crimes. (B. Mendelsohn 1974)

En 1994, Gerd Kirchhoff définit la victimologie à l'aide d'une distinction fondamentale ; la victimologie pénale (qui ne prend en considération que les victimes d'infractions pénales et qui est étroitement liée à la criminologie) et la victimologie générale qui s'intéresse a toutes les victimes (acte, criminel, accidents...) et qui est interdisciplinaire. Il la définit comme « l'étude scientifique des victimes et des victimisations attribuables à la violation des droits de la personne, elle étudie également le crime, ainsi que la réaction par apport au crime et à la victimisation, elle décrit, mesure, analyse et interprète les structures et modèles, les relations causales et calculs les probabilités » (J.A. Wemmers 2003)

2.2 L'examen d'une victime de violence en médecine légale :

D'une manière générale la prise en compte de la victime doit être la plus précoce et la plus disciplinaire possible, elle est variable selon le moment de l'intervention (immédiat, post immédiat et long terme), il importe de lui permettre de symboliser le sentiment de culpabilité, de médiatiser les affects douloureux provenant du conflit infractionnel, des dispositifs (cellule d'urgence médico-psychologique, unité médico-judiciaire, service d'aide aux victimes, consultation en victimologie) sont les mieux adaptées pour accueillir les victimes. Le diagnostic est aisé lorsque la victime déclare la situation de violence, il revient au médecin, de confirmer la violence, ils doivent y penser systématiquement lorsqu'il y a des facteurs de risques. D'une manière plus spécifique, concernant les femmes victimes de violence conjugale, c'est le médecin qui est le plus à même de détecter et d'évaluer un risque potentiel de passage à l'acte.

En médecine légale, la femme victime est souvent amenée à rencontrer le médecin légiste après avoir porté plainte contre son mari. Plus rarement, on peut observer dans le cadre de

situation de séparation ou de divorce, des lésions auto-infligées qui sont présentées comme des violences conduites par le conjoint, elles sont repérables car elles sont plus nombreuses du côté opposé au côté dominant (à gauche chez la droitière). Les signes d'agressions sexuelles, sont souvent indétectables, s'ils ne s'accompagnent pas de violences associées, en particulier de traces témoignant du non-consentement de la victime.

- Les symptômes n'étant pas toujours physiques, on peut observer ;

- Des troubles mentaux ; dépression, tentatives de suicide surtout par auto mutilation, états psychodramatiques, sentiment d'auto dévalorisation, d'anxiété, de panique…
- Des troubles du sommeil et de l'alimentation…
- Troubles somatiques tels que lombalgies, céphalées, fourmillement des extrémités, asthénie, troubles digestifs…
- Troubles de la mémoire et de la concentration
- Troubles liés à l'abus des substances psycho actives

Ces symptômes doivent évoquer des violences conjugales, en l'absence d'autres étiologies et de leur amélioration en cours d'hospitalisation et leurs récidives lors du retour à domicile.

La durée de l'ITT (incapacité totale de travail) est délivrée seulement par le médecin légiste, et reste un critère crucial pour qualifier la faute et conditionner la qualité des poursuites et sanctions envers l'agresseur, la prise en compte du retentissement psychologique dans l'évaluation de l'ITT, peut s'imposer d'emblée.

2.3) Les expressions de la violence :

De multiples situations peuvent exprimer la violence, et se substituer à elle, comme l'agressivité, l'agression, l'acte violent et la dangerosité, il nous semble nécessaire de distinguer ces quatre notions.

A) *L'agressivité :*

L'agressivité se définie comme une « tendance à attaquer », c'est un instinct naturel qui concerne toute les espèces vivantes, utile au développement de l'individu, de son appareil psychique et de ses facultés, elle s'inscrit dans la puissance vitale que chaque être déploie pour agir sur son environnement afin de satisfaire ses besoins et désirs particuliers, individuels ou collectifs. Cela suppose le désir de combattre par tous les moyens, les obstacles à cette satisfaction, et d'intégrer les règles et les interdits afin qu'elle s'exprime dans des formes acceptables et non violentes. Néanmoins elle peut se manifester par de l'hostilité exprimée, des crises de rage ou de la violence, elle désigne toute tendance visant, par un moyen quelconque et sous n'importe quelle forme, à causer du tort à un individu ou un groupe

L'agressivité diffère donc des conduites agressives qui ont pour but d'assurer la survie d'un individu, lorsqu'elle s'exprime selon les règles admises, elle est dite non violente, comme le sport par exemple.

B) *L'agression :*

L'agression constitue l'expression comportementale de l'agressivité, c'est à dire l'action d'attaquer. Elle qualifie, selon le Grand Larousse "une attaque non provoquée et subite", c'est un comportement qui prend son origine et se réalise dans une relation à autrui. Elle s'exprime dans une interaction : "une conduite d'agression est inconcevable sans la présence d'autrui, il n'y a pas d'agression sans victime." (MOSER 1987)

C) Le passage à l'acte violent :

L'acte violent exprime une agressivité destructrice, résultant d'un défaut d'inhibition de l'instinct agressif. Il est la « forme nue, ouverte manifeste de l'instinct » (HACKER 1972), et non l'instinct lui-même, il exprime la brutalité et vise la destruction de l'objet, il ne s'inscrit pas dans un mode relationnel, ne s'identifie pas à l'objet

La clinique de l'acte criminel cherche à approcher l'expérience du sujet, avant, pendant et après la commission de l'acte (meurtre, coup et blessure, viol ou tout autre délit) Les contributions à cette clinique sont nombreuses et ont été renouvelée notamment grâce à la prise en charge psychologique des auteurs de violence conjugale, la violence peut se manifester comme une décharge d'un dé-saisissement du sujet de lui-même, qui finira par dire « c'était plus fort que moi »

D) La dangerosité :

Le mot dangerosité est formé à partir du mot danger, dérivant du latin « Domniarium » - pouvoir - lui-même issu de Dominus, désignant le seigneur (Larousse universel). Le mot « danger » contient à l'origine l'idée d'une domination et d'une puissance arbitraire, qui expose à un mal quelconque celui sur lequel elle s'exerce.

Bien que difficilement objectivable, la notion de dangerosité existe, depuis le début du XXe siècle, dans la législation criminelle comme dans la psychiatrie. Elle renvoie à une éventualité incertaine et « implique une prédiction dont le degré de survenue est aléatoire » (SENNINGER J.L, FONTAA V. 1996). Elle indique la possibilité qu'un individu puisse se livrer à un acte violent. A l'heure actuelle, la connaissance d'antécédents violents et l'identification des situations dans lesquelles ils se sont déroulés, constituent le facteur prédictif le plus fiable, à l'échelle d'un individu. En effet, les « chances » de prévoir un acte de violence chez un individu sans antécédents sont quasiment nulles. Les psychiatres et psychologues sont appelés, à titre d'experts, à se prononcer sur un pronostic de dangerosité, sans que l'état de leur savoir actuel ne le leur permette réellement.

3) Les modèles de représentations de la violence et de l'agressivité

L'origine de la violence est plurifactorielle, son explication est complexe car elle a de multiples causes et effets. Elle met en jeu des facteurs innés, héréditaires, génétiques et biologiques, des structures du système nerveux central, des influences psychologiques et des modèles sociaux. Quelles que soient les points de vue, la violence et son expression alimentent d'abord une forme de communication : entre l'individu et lui-même, entre deux individus, entre un individu et un groupe social, entre un groupe social et les institutions d'un Etat…

A) Le point de vue psychologique :

Plusieurs approches coexistent, afin de mettre un lien entre conduites agressives et facteurs déterminés. La théorie behavioriste, par exemple, étudie les relations entre les stimuli de l'environnement et l'agressivité, elle insiste sur l'activation de comportement issue de modèles d'apprentissage (conditionnement), déclenchés par diverses stimulations ou frustrations, tels que les variations des paramètres extérieurs.

D'autres théories fondées en particulier sur les travaux de BANDURA, insistent sur l'importance des modèles. Elles postulent qu'il existe un apprentissage de la violence à partir d'expériences à forte charge émotionnelle et dans cette perspective, la prédisposition d'un sujet à la violence dépendrait de modèles de comportements agressifs, familiaux et environnementaux. D'autres travaux conduisent à considérer l'agression comme la réaction première à la frustration ; c'est la thèse de J. DOLLARD qui envisage l'agression comme catharsis de la frustration. L'agression se tourne directement contre la source de frustration ; si elle est à son tour inhibée, elle produit des agressions dérivées ou de l'auto agression" (MICHAUD 1998)

Les approches cliniques soulignent les facteurs traumatiques, tels que les agressions, les séparations et les crises familiales, dans la formation des personnalités agressives, des recherches statistiques ont montré une corrélation entre auto agression suicidaire et agression tournée vers autrui, les recherches d'E. DURKHEIM sur le suicide conclut également à la réversibilité de l'agressivité.

B) Le point de vue psychanalytique :

La psychanalyse fait de la violence une composante pulsionnelle originelle, rattachée initialement selon S. FREUD, aux pulsions d'autoconservation. Au départ, S. FREUD, a considéré l'agressivité comme un avenir possible de la pulsion, qui cherche à se satisfaire. Dans « pulsions et destins des pulsions » (1940), il distingue les pulsions sexuelles qui dépassent l'individu en le portant vers la réalisation de l'espèce et les pulsions du moi, qui vise l'autoconservation de l'individu. L'amour est alors rangé du côté des pulsions sexuelles, la haine relevant quant à elle de la lutte du moi pour s'affirmer et se maintenir. Plus tard, il introduit l'idée d'une pulsion de mort (Thanatos), opposée aux pulsions de vie (Eros), la pulsion de mort est en partie intériorisée, expliquant les comportements auto agressifs.

M. KLEIN postule que ces pulsions agressives génèrent une double angoisse (lors de la phase schizo paranoïde) ; celle de détruire l'objet maternel par projection de ces pulsions et celle de se voir détruit par la fraction non extériorisée de la pulsion et par la violence projective dont l'objet se trouve porteur. C'est de la bonne intégration de ces fantasmes destructeurs et des défenses agressives, que dépendra l'intériorisation de l'ambivalence. Elle pense que la partie intériorisée de la pulsion de mort, provoque une grande angoisse chez l'enfant, qui s'ajoute à l'angoisse induite par la projection des pulsions agressives vers l'extérieur, ce qui donne naissance à des mécanismes de défenses agressifs tournés contre les objets et le surmoi parental (fantasmes de destruction). En retour ces pulsions agressives génèrent de l'angoisse qui renforce les conduites d'agression. C'est le développement génital réussi qui parviendra à mettre un terme à ce cercle vicieux, les comportements violents et criminels témoigneraient selon les psychanalystes, d'une mauvaise résolution de cette phase et de la réactualisation des fantasmes destructeurs de l'enfant et de l'adolescent.

Pour J. BERGERT, la violence est naturelle et primitive, d'ordre narcissique, elle est présente au tout début de la vie, assimilable à l'instinct de survie et d'autoconservation. Cette violence appartient au registre archaïque, elle se caractérise par un « ou moi ou lui », la violence instinctuelle primaire est distincte de l'agressivité et de la haine, elle est antérieure à la reconnaissance d'un sujet extérieur et affectivement neutre. Les violences résultent donc de la non intégration de la violence fondamentale « cette intégration n'est jamais complète et définitive, on peut la voir réapparaitre à l'échelon individuel ou collectif, à l'occasion de conflits sociaux, économiques, de guerres, de révolutions, ou la problématique fondamentale se trouve clairement ravivée : « eux ou moi » (Bergeret 1984)

Les travaux freudiens et kleiniens, ont en commun l'appréhension de l'instinct violent en tant que base pulsionnelle incontournable, organisatrice de la structuration psychique de tout être. C'est de l'intégration réussie de ces pulsions, que dépendra la capacité qu'aura l'enfant devenu adulte, à gérer son propre rapport à la violence et à l'agressivité.

C) Les approches sociologiques *:*

Les théories sociologiques associent la violence aux organisations sociales et politiques. La psychologie sociale étudie l'agressivité et la violence au sein des situations d'interaction, elle s'attache à discerner les facteurs déterminants culturels et sociaux des comportements violents, elle insiste sur l'importance des structures de la situation, de l'assignation des rôles et constate que les traits de la personnalité ne sont pas les seuls en cause dans la production de conduites agressives. Inspirés par la théorie de l'agression/frustration, T.R GURR (1970) corrèle la violence à la privation. Le volume de violence est pour eux conditionné par l'écart entre le niveau d'aspiration et le niveau de satisfaction des individus.

E. DURKHEIM met en relation violence et notion d'anomie. Il postule que les crises, économiques, morales et politiques, entraînent une dérégulation des normes de fonctionnement et des valeurs collectives. La cohésion du groupe ainsi fragilisée, favorise l'émergence de comportements violents. (E. DURKHEIM 1997)

S.P HUNTINGTON (2005) établit une corrélation entre changement, modernisation et violence. Il observe que des changements rapides dans les sociétés, favorisent la désintégration sociale et donc l'émergence de la violence.

Des expériences, telles que celle menées par ST. MILGRAM (1994)[13] démontrent que les comportements des agresseurs et des victimes se conditionnent mutuellement, la leçon de ces expériences est que le simple fait d'obéir et la soumission à l'autorité transforment des individus pas particulièrement pervers, en possibles tortionnaires.

Les conceptions systémiques expliquent la violence comme conséquences de l'éclatement du système social, que des contraintes externes ou internes ont déstabilisé.

D)Les approches neurobiologiques :

Il est indéniable que l'organisation même du cerveau et sa physiologie interviennent de manière complexe, au moins dans l'expression de la violence. Les approches neurobiologiques font de l'agressivité une cause et une conséquence du stress. L'organisme réagit aux stimulations du milieu dans lequel il évolue. Des agents stressants (appelés stressors) constituent des agressions auxquelles l'organisme attaqué va répondre. Des avancées ont été clairement réalisées dans l'approfondissement de déterminants biologiques associés aux comportements violents. L'importance du social et de la psycho dynamique dans ces comportements doit être prise en compte et la possibilité d'atténuer par le médicament au moins les situations de crise et d'agir préventivement dans les populations à risque, semble se dessiner.

- ***La neurobiologie :***

Les recherches se sont penchées sur le thème de la neurobiologie des comportements agressifs. L'équipe du neurobiologiste P. KARLI, (Strasbourg 1982), a eu comme objet de recherche chez l'homme, l'analyse des facteurs et des processus qui contribuent à déterminer la façon dont l'individu perçoit et interprète une situation donnée et la façon dont il s'efforce de maîtriser ou non, sa relation personnelle à cette situation. Ceci implique un choix de stratégie qui semble appropriée à l'individu en situation et cette démarche d'inspiration biologique, autorise des confrontations plus fructueuses avec la psychologie génétique, la psychologie sociale, voire la psycho dynamique qu'une neurobiologie à la recherche de marqueurs figés de comportements violents.

- ***La neuroanatomie :***

Certaines structures du système nerveux central (SNC), interviennent de manière cruciale dans les comportements violents. Ces structures ont été identifiées à la suite d'expériences, soit de lésions sélectives, soit de stimulation, sur différentes espèces animales.
Schématiquement, c'est au niveau mésencéphalodien-céphalique que les comportements

[13]Cette expérience cherchait à évaluer le degré d'obéissance d'un individu devant une autorité qu'il juge légitime et à analyser le processus de soumission à l'autorité

assurant les besoins biologiques élémentaires et la défense de l'intégrité physique sont élaborés. Deux grands systèmes neuronaux orientent ainsi l'attitude fondamentale de l'individu et son comportement observable ; Le système d'appétence et de récompense et le système d'aversion et de défense.

Les neurobiologistes ont focalisé certaines régions du cerveau impliquées dans la production d'un comportement agressif, « certaines structures cérébrales comme le septum, l'hypothalamus et les noyaux du raphé seraient impliqués dans la modulation de la réponse agressive, de même le rôle de l'amygdale semble déterminant dans la préparation d'un comportement agressif (J.L SENNINGER, V. FONTAA, 1996).

Les travaux de DELGADO (1960) sur la stimulation électrique des zones cérébrales, ont permis le repérage de centres déclencheurs et inhibiteurs de l'agressivité. Il a constaté que des stimulations de l'hypothalamus déclenchent des crises d'agression alors que d'autres, sur le cortex frontal, provoquent le sourire et la cordialité. Le rôle joué par ces structures anatomiques dans le déclenchement d'une stratégie comportementale, est lié au niveau individuel de réactivité émotionnelle ; or il existe une anatomie de l'émotion, qui implique en priorité le septum (une lésion induit une hyperactivité émotionnelle et accroit l'agression interspécifique). Les différents noyaux de l'amygdale, sous-tendent des comportements différents ; la stimulation du noyau central induit peur et fuite, la lésion du même noyau conduisant à une irritabilité et une tendance à l'agression, une lésion bilatérale de la région médiane de l'amygdale abolit l'effet préventif d'une familiarisation préalable (expériences chez le rat). Chez l'homme, les structures qui semblent impliquées dans ces comportements violents, sont plus nombreuses et font appel à d'autres concepts liés précisément à la nature humaine (interprétation, et symbolisation des expériences vécues, sens des événements, culture/religion, mémoire…).

L'implication du lobe frontal est aujourd'hui d'actualité en particulier la région orbito-médiane qui lorsqu'elle est lésée, induit une impulsivité et une activité inappropriée. Beaucoup de travaux explorant par des moyens para cliniques le cerveau de sujets violents, plaident en faveur de cette localisation frontale. Les deux structures (temporale et frontale) sont les plus fréquemment mises en avant chez l'humain violent ou meurtrier.

- ***La neurochimie :***

Des anomalies neurochimiques ont été décrites dans le cerveau de sujets violents ou des suicidés. Ces anomalies sont à la base d'application pharmacologique et thérapeutique ; elles ont été souvent exploitées sur un plan médico-légal. D'autres recherches tournent autour du rôle de certains neuro transmetteurs tels que la sérotonine, qui agirait sur l'impulsivité et l'agressivité, l'hyposérotoninergie serait un facteur transmis ou acquis, favorisant l'agressivité. L'implication des neurones à sérotonine a été mise en évidence dans la régulation des comportements agressifs.

E) Autres déterminants biologiques de la violence :

- ***L'insuline*** **:** l'hypoglycémie peut induire parmi d'autres symptômes de l'irritabilité et de l'agressivité et en ce sens, elle intervient souvent dans des affaires médico-légales. L'hyper insulinémie est aussi corrélée à des comportements de violence et d'agression.
- ***La testostérone*** : chez l'homme, le constat répété d'une corrélation entre des actes de violences et les taux de testostérone est bien argumenté, en notant au passage qu'il n'y a pas de différence selon le type de violence notamment dans le domaine de la sexualité. Ces données ont conduit à préconiser les antis androgènes chez les sujets les plus violents.
- ***La génétique*** **:** les influences génétiques ont fait l'objet de nombreux rapports. Le début des études de la génétique correspond au mouvement eugénique des années 1960, affirmant que les traits criminels étaient transmissibles et que les violents possédaient des chromosomes Y supplémentaires et donc un capital génétique « mâle » en excès. Il a été démontré que les hommes XYY n'étaient pas les plus agressifs. Les études de jumeaux et d'adoptés plaident également en faveur d'un facteur congénital et peut être génétique dans la probabilité de conduites criminelles, tout en sachant que des multiples facteurs interviennent dans ces études.

4) De la violence au psycho traumatisme :

Les théories reposant sur le vécu des victimes se centrent avec pertinence sur l'origine, les conséquences et le traitement du traumatisme né de la victimisation, trace visible ou cachée de l'agression subie. L'évènement traumatique provoque une véritable déflagration dans le psychisme. Il est aujourd'hui démontré que les victimes de faits graves, subissent un traumatisme (véritable blessure psychique) plus ou moins profond, selon les circonstances et les personnes impliquées. L'angoisse qui en découle peut déboucher sur un état de stress adapté (par coping, en faisant face) ou non (stress dépassé comme l'épuisement, le burnout) voir un état confusionnel durant les jours qui suivent l'acte criminel, lorsque le sujet est confronté au réel de la mort, à l'imminence de sa propre mort, à celle d'un proche ou de toute autre personne. Le trauma peut conduire à des blessures psychiques plus intenses et ces divers troubles sont répertoriés dans des tableaux cliniques en « réaction aigue à un facteur de « stress » état ou trouble de stress aigu » et en « état ou trouble de stress post traumatique » PTSD

4.1. Un peu d'Histoire :

La description du trouble psycho traumatique peut être retrouvée chez des auteurs plus anciens. Elle est aussi ancienne que celle de la violence. L'antiquité et le moyen-âge sont peuplés de récits légendaires de héros de grandes batailles affrontant des visions traumatiques. Hérodote (490 avant J-C), rapporte une cécité brutale qui revêt l'allure d'un trouble de conversion psycho traumatique. Lucrèce (55 avant JC), décrit les rêveries traumatiques

récurrentes du syndrome de répétition chez les valeureux guerriers qui ont souvent affrontés la cruauté des combats et la mort.

Au XIXème siècle :

Les guerres du 19ème siècle classées parmi les plus meurtrières, ont attiré l'attention sur les souffrances psychiques des blessés abandonnés dans les champs de bataille. Le concept du trauma ou de la névrose traumatique est donc très ancien et a fait son chemin durant des décennies. Les récits légendaires sur les victimes du trauma furent très nombreux et donnèrent lieu quelques siècles plus tard, à la découverte du concept de rêves traumatiques dans lesquels se débattent de douleur les personnes soumises à de graves événements.

L'aliéniste PINEL (1798 et 1808) dans sa nosographie philosophique, dévoile des états de troubles psychiques déterminés par des chocs émotionnels de guerre. Il les répertorie au rang de névroses, comme la manie ou la mélancolie. Il présente de nombreuses études de cas et de grandes observations de névroses de guerre. CHARCOT (1809) a rapporté l'observation de Pinel concernant les plaintes hypocondriaques d'un militaire en retraite.

BRIQUET (1859) et W. MITCH (1862) furent les premiers à découvrir l'hystérie psycho traumatique et l'hystérie masculine, avec des symptômes de crises convulsives, d'anesthésies, de parésie, de paralysies réflexes sans lésions.

DUNANT (1862) secouriste bénévole, décrivit l'état de choc traumatique des blessés abandonnés, en état d'hébétude, de stupeur chez les uns et l'agitation nerveuse compulsive chez les autres. Il nota également les mêmes symptômes chez les sauveteurs bénévoles. Lui-même fut sujet à des crises semblables. Des médecins militaires ont brossé des tableaux cliniques des névroses de guerre et décrivirent des syndromes particuliers.

En Angleterre, à l'occasion de premières catastrophes ferroviaires, ERICHSEN (1864), attribue à une inflammation de la moelle épinière, les troubles post traumatiques qu'il rencontre et les regroupe sous le diagnostic de railway spine.

C'est le psychiatre allemand OPPENHEIM (1888) qui attribue le terme de névrose traumatique, aux troubles neuropsychiques consécutifs à la frayeur éprouvée lors d'accident de chemin de fer. Dans son ouvrage il présente 42 cas de névroses, l'immense effroi ayant provoqué un ébranlement psychique et affectif intense entraînant une altération psychique durable. Sur le plan clinique, Oppenheim décrit des patients dont la conscience est monopolisée par le souvenir de l'accident, réagissant par des crises d'anxiété devant tout ce qui leur rappelle l'événement. Ils sont aussi assaillis par des cauchemars de reviviscences et sujets à une hyper sensibilité aux stimulations externes. (Crocq 2012)

Avec la neurasthénie de BEARD (1880), l'hystérie reconnue par Charcot comme un trouble psycho traumatique (1885), puis la névrose d'effroi de KRAEPLIN (1899), l'histoire et la science de l'antiquité révèlent de véritables observations cliniques tel que le cas EPIZELOS cité par ERODOTE et rapporté par L. CROCQ (1992) soldat devenu aveugle en plein combat après avoir vu la silhouette d'un ennemi gigantesque. Selon Crocq, c'est une conversion hystérique après un choc émotionnel. Le guerrier a aperçu sa propre mort et la perte de la vue

l'aide à ne plus voir les dangers. Selon Crocq, l'année 1889 fut le pivot de l'introduction du concept de traumatisme psychique dans le monde scientifique.

4.2. Définition épistémologique :

Le mot traumatisme vient du grec « traumatos » qui signifie « blessure » ou « plaie provoquée par violence ». Il a été emprunté par la psychopathologie à la pathologie chirurgicale. En psychiatrie, il désigne une expérience émotionnelle ou un choc émotionnel très violent. Le Petit Larousse le définit comme un événement qui a une portée émotionnelle et qui entraine chez un sujet des troubles psychiques ou somatiques par suite de son incapacité à y répondre de suite de manière adéquate.

L'OMS précise que les troubles qui résultent du traumatisme peuvent être considérés comme des réponses inadaptées dans la mesure où ils interfèrent avec les mécanismes adaptatifs efficaces et entravent ainsi le fonctionnement social.

4.3. Qu'est-ce qu'un psycho traumatisme ?

Le traumatisme psychique désarçonne le clinicien car il est variable dans son expression, son intensité et son évolution, il fait appel à des références théoriques et psychologiques complexes (mécanismes de défense, vulnérabilité, résilience, coping…). En situation d'urgence, les symptômes psychiatriques tiennent souvent le devant de la scène clinique, en particulier pour les victimes de violences.

Pour L. Crocq, le syndrome d'état de stress post traumatique est « un évènement violent et brutal faisant irruption dans la vie d'un individu, la victime est complètement débordée face à l'évènement, ses défenses psychologiques sont anéanties ». Sa définition est la plus utilisée est : « un phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité physique ou psychique d'un individu qui y est exposé comme victime, témoin ou acteur » (2007). L'approche de L. Crocq repose sur trois points fondamentaux qui sont :

A) ***L'aliénation traumatique ; Crocq*** décrit l'état de sujets et le sentiment de non reconnaissance de soi et de changement. C'est la nouvelle personnalité traumatique non constituée, ni acquise pendant l'enfance mais installée depuis le trauma. Elle se caractérise par la régression, le blocage des fonctions de filtrage et de présence, la dépersonnalisation et l'aliénation.

B) ***Le bouleversement de la temporalité ;*** Le temps s'est fixé pour le traumatisé, remplacé par la terreur et l'horreur. Il n'y a ni présent, ni avenir. C'est le sentiment de l'avenir bouché. Le passé est remodelé au moment du traumatisme. Crocq insiste sur le fait que l'événement traumatique est destructeur et désorganisateur. Il refuse l'idée de la prédisposition dans la

réaction au trauma, c'est le chaos qui s'installe avec un effondrement des convictions narcissiques.

C) ***Le non-sens impliqué par le trauma ;*** Le sujet ne se reconnaît plus. Il est figé dans sa temporalité et privé de son accès aux signifiants et aux signifiés.

S. FREUD (1940) définit le psycho traumatisme comme : « un événement qui perturbe l'équilibre affectif d'une personne et provoque la mise en œuvre de ses mécanismes de défense, afin d'empêcher l'envahissement de l'appareil psychique par de grandes quantités d'excitations ».

J. LAPALANCHE& J.B. PONTALIS (1967) le définissent comme : « un évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique ».

Le DSM IV (2013) (Catalogue des affections mentales) le définit comme : « un trouble présenté par une personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé leur intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques lié à ce traumatisme »

Il s'agit donc d'un évènement violent et brutal qui déborde les défenses psychologiques d'un individu. Le trauma serait l'effraction et le traumatisme serait plutôt les conséquences de cette agression. Le traumatisme est à distinguer de la notion de stress.

4.4. L'événement traumatique pour l'enfant :

Le traumatisme est lié à un évènement qui constitue une menace pour la vie (mort réelle ou possible) ou pour l'intégrité physique (lésion, violation) ou mentale (perte de biens personnels, outrage…) cela produit une peur intense ou un sentiment d'impuissance, d'horreur, de honte, remettant en cause les valeurs essentielles de l'existence, qui sont la sécurité, la paix, le bien, la morale, le respect...

La notion d'évènement traumatisant est relativement récente. L'évènement est un mot « anthropocentrique » et non une donnée objective, lorsqu'il se produit, « l'évènement va soumettre l'appareil psychique à une contrainte qui peut ou non, chez un individu donné, à un moment donné, être métabolisée, si cela est impossible, il se produit alors un choc dans l'appareil psychique : c'est le traumatisme, ce dernier n'est donc pas la réponse du psychisme à une situation particulière, c'est la non réponse de celui-ci »

L'évènement traumatique peut être d'origine naturelle. Les enfants et les adolescents peuvent être affectés par les catastrophes climatiques (foudre, inondations, sécheresse...) géologiques (tremblements de terre, tsunami…) ou biologiques (pandémies et épidémies mortelles…), soit d'origine humaine qui s'apparente aux formes de violences déjà citées.

Pour É. Josse (2011) les perceptions de cet évènement et les réactions qui y sont rattachées sont directement liées au développement du sujet. Les enfants qui manquent à la fois de maturité et d'expériences, n'ont pas conscience de la particularité de la mort, ni des évènements qui bouleversent leur vie, cela s'apparente pour eux à n'importe quelle expérience de séparation qui est l'équivalent de la confrontation avec le réel de la mort pour les adultes. Les nourrissons sont particulièrement affectés par la disparition des personnes qui les maternent, les enfants plus grands sont touchés par la perte des personnes soit qui s'occupent d'eux ou qui les accompagnent et cela peut être une perte réelle (décès, séparation) ou affective, par exemple pour les parents en plein confits conjugaux, qui se désintéressent de l'enfant et ne le maternent pas d'une façon adéquate. Ne pouvant apercevoir la gravité objective d'un évènement, les enfants sont très influencés par la réaction des adultes qui les entourent. Pour eux, les adultes sont protecteurs, résistants et courageux, les voir démunis et angoissés face aux situations peut avoir des effets néfastes sur leur sentiment de sécurité. Ce qui se révèle traumatique dépend principalement de son âge et de son développement, plus l'enfant grandit plus les blessures et la menace vitale perçues, deviennent comme pour l'adulte, les facteurs éthologiques principaux de troubles futurs.

4.5. Les typologies du psycho traumatisme :

Les agressions et les accidents peuvent ne constituer qu'un évènement ponctuel dans la vie d'un enfant alors que l'abus sexuel, la maltraitance physique, les rackets, le travail forcé, l'exposition aux violences conjugales, sont le plus souvent caractérisés par une succession de violences, les premiers exposent les enfants à un évènement unique, circonscrit dans le temps, imprévisible et d'apparition brutale, les seconds les soumettent à une violence durable et répétée.

Il est important de ne pas confondre un enfant dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes simples, chutes, accidents répétés, avec celui qui souffre de traumatisme complexe et puisque le psycho traumatisme regroupe chez l'enfant des situations très variées et afin de faciliter la distinction entre différentes formes cliniques, la pédopsychiatre L. TERR a séparé en 1991, le traumatisme de type 1 du traumatisme de type 2, avec des répercussions spécifiques ;

A) Le traumatisme de type 1 :

Un traumatisme induit par un évènement unique, limité dans le temps, présentant un commencement net et une fin claire, (accident de la voie publique, agression, catastrophes naturelles...) entrainant un changement psychique chez l'enfant. L'état de stress post traumatique est complet ou réunit un maximum de symptômes.

B) Le traumatisme de type 2 :

C'est un traumatisme consécutif à l'exposition prolongée ou répétée à un évènement majeur présent constamment et qui menace de se reproduire durant une longue période. Il se distingue des traumas de type 1, par l'absence de surprise, voire la résignation qu'il entraine chez

l'enfant, y compris durant leur survenue. Le sujet a vécu une période prolongée de contrôle totale par quelqu'un comme dans le cadre de la violence conjugale, d'abus sexuel répétés ou de maltraitance.

5) L'état de stress post traumatique : (PTSD)

On a préféré l'utilisation de la terminologie anglo-saxonne Post Traumatic Stress Disorder (PTSD)

5.1. La notion de stress :

Terme anglais, dont l'origine latine est stringer (action de tendre fortement), passé dans le langage courant en Angleterre à partir des sciences physiques où il désigne la contrainte exercée sur un matériau.

Le PTSD est une entité clinique décrite dans les classifications internationales (CIM-10/DSM-IV) comme une « Réaction psychologique après l'exposition à un traumatisme majeur qui produit une peur intense, remettant en cause les valeurs essentielles de l'existence ».

En 1950 H. SELYE expose sa représentation du stress dans son syndrome général d'adaptation, il le définit comme une réaction générale d'adaptation de l'organisme face à une agression qui vient perturber l'équilibre de celui-ci. Elle comporte 3 phases : une réaction d'alarme ou les ressources défensives de l'organisme sont mobilisées face aux dommages causés par l'agression, puis la phase de résistance lorsque l'exposition à l'agent stressant se prolonge et enfin une phase d'épuisement lorsque les mécanismes d'adaptation sont dépassés.

L. CROQ (2007) définit la réaction de stress comme une réaction biologique, physiologique et psychologique, d'alarme et de mobilisation de défenses face à une agression ou une menace, hormis ces manifestations biologiques et physiologiques, elle se caractérise sur le plan psychique par sa fonction adaptative, aboutissant à une prise de décision. Elle mobilise toute l'énergie physique et psychique si elle est trop intense, prolongée ou répétée.

Sur le plan psychologique, RIVOLIER fait notamment références au modèle d'appréciation cognitive de LAZARUS (1966), selon lequel un stress existe lorsqu'une demande est considérée comme mettant la personne l'épreuve, dépassant ses ressources et mettant en danger son bien-être.

5.2. L'historique du PTSD :

La première description clinique d'un trouble psychique survenant après un traumatisme ne date que de 1884, c'est la névrose traumatique décrite par Oppenheim, chez des civils victimes d'accidents ferroviaires, les mêmes symptômes, reconnus quelques années plutôt (Erichsen, 1864), étaient attribués à des lésions organiques telles une inflammation de la moelle épinière

La description d'Oppenheim a été longtemps contestée par les auteurs de l'époque et leurs élèves, la plupart de ces auteurs considérait ces symptômes comme une hystérie ou une neurasthénie suivant la conception de Charcot. Pierre Janet peut être considéré comme un précurseur, il a insisté sur l'importance de la mémoire du traumatisme dans l'apparition et le développement des maladies émotionnelles (JANET 1889). Freud lui-même avait admis que les remémorations pouvaient être responsables des symptômes de la névrose.

Durant la guerre de sécession américaine, un chirurgien SILAS WEIR MITCHELL prenait en charge les blessures nerveuses et les maladies neuropsychiques à Turneur's Lane Hospital (Philadelphie). Il a été par la suite l'un des pionniers de la « cure de repos », comme traitement dans les maladies nerveuses associées à des évènements traumatiques des combats durant la guerre civile américaine.

Au cours de la première moitié du XXème siècle, se sont surtout les médecins militaires qui se sont vus confrontés à ces symptômes, certains (Honigman 1907), comme à Harbin, lors du conflit russo-japonais du début du siècle, les qualifièrent de « névrose de guerre », d'autres les nièrent totalement, les considérant comme une simulation ou une tentative de supercherie pour obtenir une réparation financière, dans beaucoup de cas, la politique leur a emboité le pas, c'est la cas, notamment du général Patton, qui n'a pas hésiter à gifler les soldats souffrant de pareils symptômes lors de sa visite aux infirmeries des soldats américains en Sicile en 1943.

Cependant depuis la seconde guerre mondiale, la réalité de ces symptômes est admise par tous les médecins même si leur signification n'emportait pas l'unanimité. Cette différence d'appréciation explique la diversité des traitements utilisés : diète, isolement, hypnose, cure de repos, psychothérapie analytique, psychothérapie pharmacologique, psychothérapie cognitivo-comportementale

Avec la fin de la guerre du Vietnam, un intérêt particulier est consacré à ces troubles en raison du grand nombre de soldat américains atteint (entre 30 et 40%), des paralysies apparues chez des militaires victimes de déflagrations sont qualifiées par SAILHEN et FERENCZI (1983), d'hystérie traumatique. Au même moment, les victimes civiles des conflits armés commencent à faire l'objet de plus d'attention, le nom de névrose post-trauma est donné aux séquelles psychiques des traumatismes corporels, c'est d'ailleurs à cette époque (début des années quatre-vingt) qu'apparaissent les appellations, d'états de stress post traumatique ou « syndrome psycho traumatique » ou de PTSD (post traumatique stress disorder). (Josse Evelyne 2011)

5.3. La définition du PTSD :

Le PTSD chez les anglo-saxons (post traumatique stress desordrer) traduit en français par état de stress post traumatique, est une entité clinique décrite dans les classifications internationales, le manuel du diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-5) le définit comme « un ensemble de symptômes caractéristiques qui se développe suite à l'exposition à un ou des événements traumatiques ». Selon les critères diagnostiques du DSM-5, ces symptômes sont de quatre types : la reviviscence (il revit les évènements sous forme de

cauchemars ou de feed-back), l'évitement (il évite tous stimuli rappelant le traumatisme), les altérations négatives persistantes dans les cognitions et l'humeur et l'hyperréactivité (DSM-5 2013)

5.4. Le PTSD chez l'enfant :

Les premières observations de troubles psychologiques secondaires à des traumatismes ont été faites chez l'enfant en 1944 par Anna. FREUD, elle a décrit des troubles du comportement observé chez les enfants vivants à Londres, soumis aux bombardements nazis lors de la deuxième guerre mondiale, ils ont été considérés comme des formes d'hystérie, elle a repéré chez les enfants ; des mécanismes de déni, de projection, d'identification a l'agresseur, Jeu post traumatique, il faudra attendre les années soixante-dix, (LENOR TERR 1991), pour voir des publications s'intéresser à nouveau à l'enfant

Pour le cas particulier de l'Algérie, les premières études datent de 1998, elles ont été communiquées lors du premier colloque international sur les enfants victimes de violence organisée par la FOREM[14] tenu à Baraki (28 mai 1998), puis lors du deuxième colloque qui s'est tenu dans le même lieu en septembre 1999. Ces études portaient sur les troubles psychologiques, orthophoniques et psychosomatiques observés. L'une des enquêtes menées conjointement par le Ministère de la santé et le bureau de l'Unicef à Alger, concernait 361 enfants de Bentalha et Baraki, âgés en moyenne de 11 ans, 18 mois après le massacre, a notamment montré que 69% des enfants souffraient de remémorations spontanées et incontrôlables des évènements traumatiques, à n'importe quel moment de la journée et en n'importe quel lieu et que 66.7% des enfants interrogés faisaient souvent des cauchemars[15].

5.5. Les modèles explicatifs du PTSD :

A) Le conditionnement de la peur ;

Par un conditionnement classique l'évènement stressant agit comme un stimulus inconditionnel qui provoque une réponse inconditionnelle. Réflexe se caractérisant par une peur intense et sur le plan cognitif par la perception de son impuissance, des indices cognitifs, affectifs, physiologiques et environnementaux deviennent alors des stimuli conditionnés. Ces indices traumatiques deviennent donc à leur tour, capables d'entrainer une réponse prenant la forme de symptômes de l'état de stress post traumatique (YULE et WILLIAMS 1990)

Par un conditionnement opérant, les enfants apprennent rapidement par essai et erreur, à réduire les symptômes de réactivation anxieuse post traumatique grâce aux évitements cognitifs conscients et comportementaux, ces conduites aboutissent à la portion de la généralisation du stimulus, tout en empêchant l'extinction de l'anxiété liée à l'évènement traumatique.

[14]Fondation nationale pour la promotion de la santé et le développement de la recherche
[15] Quotidien Liberté, 4 septembre 2000

B) Le modèle cognitif s'appuyant sur une dualité mnésique :

La reviviscence correspondrait à des phénomènes de rappel mnésique qualitativement différents des souvenirs normaux, ces sujets atteints d'un état de stress post traumatique rapportent de fréquents souvenirs intrusifs très détaillés et chargés d'émotions comme si l'évènement se reproduisait en même temps, plus avec des impressions sensorielles qu'avec des pensées (VAN Der KOLK et FISLER 1995). Différents stimuli, parfois sans aucun lien direct avec le trauma, peuvent déclencher les reviviscences de ces souvenirs traumatiques. Ces souvenirs traumatiques solliciteraient un stockage par des mécanismes neuronaux différents de ceux utilisés dans le stockage des souvenirs normaux. C'est un mauvais traitement des informations concernant l'évènement traumatique et ses conséquences qui seraient à l'origine d'une perception permanente de menace (EHLERS et CALRK 2000)

C) Le modèle neurocognitif :

Les réactions apparaissent à la suite d'une exposition traumatique et seraient des réactions adaptées et c'est l'absence de ces réactions qui constituerait la pathologie. L'exposition traumatique entraine un conditionnement qui devrait en l'absence de menace, subir un phénomène d'extension qui ne se produit pas. Les réponses à une situation de danger et la formation de souvenir en lien avec ce danger, sont bâties dans l'amygdale et l'hippocampe (DAVIS 1992, LEDOUX 2000).L'amygdale serait impliquée dans la mémoire émotionnelle tandis que l'hippocampe serait impliqué dans la mémoire contextuelle (BRUNET,BERGERIE et CORBO 2006), selon ce modèle explicatif, l'amygdale serait en hyperactivité au moment du traumatisme et un dysfonctionnement entrainerait une sur-consolidation du souvenir traumatique émotionnel.(Daniel Marcelli, 2014)

6) La clinique du traumatisme :

Il s'agit de la description classique des symptômes qui surviennent après un épisode traumatique, laquelle se déroule en 3 phases : la réaction immédiate, le temps de latence puis les réactions tardives, qui constituent le syndrome post traumatique proprement dit.

6.1. Les phases du psycho traumatisme :

A) La phase aigüe post traumatique ou phase initiale :

Cette phase débuterait vers la fin de l'évènement traumatique. On parle d'état de stress aigu (DSM4) ou de réaction aigue à un facteur de stress (CIM 10). Les manifestations sont très variables allant de l'absence de signe de réaction(asymptomatique) à des manifestations très bruyantes, à type d'agitation, d'agressivité, ou de dissociations psychiques.

Il s'agit de la dissociation hystérique (P. Janet), avec troubles du contact et de l'attention, réduction de l'état de conscience, sentiment de détachement par apport à l'environnement (déréalisation) et qui associe ambivalence, bizarrerie, impénétrabilité et détachement du réel

dans les sphères comportementale (par maniérisme, négativisme, stéréotypie…) intellectuelle (néologisme, relâchement des associations...) et affective (discordance...), les symptômes disparaissent en moins d'un mois.

- ***Chez l'enfant*** ; La réaction immédiate de l'enfant lors de l'évènement traumatique se traduit par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, un comportement désorganisé ou agité, l'enfant va réagir au drame qui se produit : son pouls et sa respiration s'accélèrent. Il présente des sueurs et une envie pressante d'uriner. Dans les heures ou les semaines qui suivent, des décharges émotives différées, sous forme de crise de larmes, un abattement ou au contraire une grande irritabilité, peuvent être notés chez certains enfants, d'autres peuvent présenter un état de stupeur ou d'hébétude ou au contraire une vive agitation, puis les jours suivant sont marqués par l'apparition plus au moins rapide et progressive des diffèrent symptômes, jusqu'à constitution du tableau clinique complet de l'état de stress post traumatique. Dans la majorité des cas, il apparait dans les premières semaines suivant l'évènement.

B) La période de latence :

Cette phase dure de plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pendant lequel peuvent apparaitre des signes non spécifiques : insomnie, irritabilité, perte d'appétit et de repli.

- ***Chez l'enfant*** ; elle peut durer de quinze jours à six mois, voire plusieurs années, pour Crocq, c'est un « moment capital dans la prise en charge » c'est là que le travail de remise en confiance doit être réalisé pour minimiser le plus possible les effets indésirables du syndrome post traumatique, elle est parfois absente ou souvent incomplète, marquée par des troubles assez aspécifiques des troubles du sommeil, irritabilité et confinement sur soi (M. KHIATI 2006)

C) La phase du PTSD :

Cette phase pendant laquelle s'installe progressivement tous les symptômes est le célèbre syndrome PTSD, les manifestations à distance de l'épisode aigu, sont plus structurés ou s'organisent autour de 3 axes : dépression réactionnelle et troubles anxieux, syndrome de répétition et d'hyper vigilance, l'ensemble de ces symptômes constitue le syndrome psycho traumatique

- ***Cher l'enfant :*** L***e*** syndrome post traumatique apparait après le temps de latence, toutes les victimes le subissent et certaines toute leur vie. Il se caractérise par de nombreux symptômes notamment des hallucinations, des souvenirs forcés, des ruminations, des tics ou encore des sursauts et des cauchemars durant le sommeil. Ces symptômes s'accompagnent de troubles du comportement certains malades finissent par adopter une « personnalité traumatique » (Crocq 2007)

6.2. Les symptômes du PTSD :

A) La reviviscence : ce syndrome est le noyau dur des symptômes post traumatiques. La répétition de jour comme de nuit de l'évènement traumatique plonge le sujet dans le « hors

temps du traumatisé », pendant la journée, il s'agit de souvenir intrusifs et envahissant, flash-back, épisodes de reviviscence éclairs de l'épisode traumatique, la nuit il s'agit de cauchemars de répétition de l'évènement traumatisant avec réveil brutal en état de stress

Des signes neurovégétatifs sont associés : tachycardie, pâleur-sueur, tremblements, vertige… Le vécu du traumatisme est parfois si intense que l'on peut observer des phénomènes de dépersonnalisation (sensation de perdre son identité) ou de déréalisation (sensation de perte de contact avec la réalité, des distorsions) et des impressions de rêve éveillé, en particulier lors de l'endormissement.

- **Chez l'enfant ;** la reviviscence de l'évènement constitue aussi le syndrome pathognomonique dans la clinique du post trauma, la trace sensorielle de l'évènement traumatique n'obéit pas au cheminement physiologique classique en finissant par être effacé ou resté à l'état de trace mnésique. Elle serait stockée sous la forme d'un matériel sensoriel qui peut réémerger à tout moment, spontanément ou à la faveur d'une évocation quelconque, constituant un syndrome de reviviscence. Ce dernier se traduit par des jeux infiniment répétés, pénibles, exprimant des thèmes reconstituant le traumatisme. Chez des grands enfants et à l'adolescence, les souvenirs sont très souvent visualisés sous forme de flash-back, d'illusions ou d'hallucinations, dans toutes les situations, il existe des rêves répétitifs, sous forme de cauchemars, en relation avec l'évènement.

B) L'évitement : Des amorces mnésiques réactivent le souvenir de l'épisode traumatique de manière très douloureuse conduisant à de véritables conduites d'évitement, les stimuli traumatiques sont parfois à l'origine des réactions agressives et provoquent des symptômes anxieux (crise d'angoisse, attaque de panique...) Secondairement peuvent se développer des symptômes phobiques.

- ***Chez l'enfant*** ; persistent des stimuli associés au traumatisme, de nombreux enfants arrivent à rapporter des récits particulièrement clairs et détaillés de l'évènement. D'autres enfants témoignent en revanche de véritable distorsion de la chronologie des faits relatés, pour MOUREN (1999), certains enfants ont une autre variété de réévaluation cognitive : a posteriori, il repense à un détail banal survenu juste avant l'évènement, détail auquel il attribue une valeur de mauvais augure.

C) L'hyper vigilance : L'individu se sent en insécurité permanente, il est sur le qui-vive, en état d'alerte, à explorer de manière anxieuse l'environnement, on constate une hyper activité neurovégétative et les troubles du sommeil sont constants avec résistance à l'endormissement, (sommeil léger, nombreux éveils inquiets en milieu de nuit (même en l'absence de cauchemars). Il en résulte une irritabilité par manque de sommeil.

- ***Chez l'enfant ;*** on trouve des symptômes d'hyperactivité neurovégétative qui se traduit par un état d'alerte, une réponse motrice rapide, des sursauts et de l'anticipation anxieuse, de l'agressivité ; représenté par de l'irritabilité, troubles du contrôle des impulsions, difficultés de concentration, des troubles du sommeil lié aux cauchemars,

les pensées obsédantes concernant l'évènement, de la crainte que ce dernier ne se reproduise. C'est cette crainte qui va s'exprimer par une attitude d'hyper vigilance. (FREDERIK CJ 1985)

D) La dépression :

Il s'agit d'un classique syndrome « anxiodépressif » réactionnel avec tristesse de l'humeur, relâchement psycho moteur, perte de l'élan vital, perte d'appétit, asthénie, incapacité à éprouver du plaisir dans les gestes du quotidien (anhédonie), anxiété, rumination mentale, pessimisme, souvent associé à des idées de culpabilité (d'avoir survécu), ou responsabilité, il faudra évaluer l'intensité du tableau dépressif afin d'atténuer tout risques suicidaires.

E) La modification durable de la personnalité :

Il s'agit de la modification permanente (au moins deux ans) de la personnalité qui se traduit par des caractéristiques rigides et inadaptées à l'origine d'une dégradation du fonctionnement interne personnel, social, et professionnel. Cela se manifeste par une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, un sentiment de vide ou de perte d'espoir, une attitude de détachement et on peut observer des évolutions assez caractéristiques sur un versant passionnel, caractériel ou revendicatif.

6.3. Les critères de diagnostic du PTSD : DSM-5

Le DSM-5 a été publié par l'American Psychiatric Association en 2013. C'est un manuel de diagnostic statistique des troubles mentaux. La version du DSM-1 a été publiée en 1951, il est internationalement utilisé comme référence pour le diagnostic des troubles mentaux. Il catégorise ces troubles, décrit leurs critères diagnostiques et fournit diverses informations telles que la prévalence. Pour poser le diagnostic du PTSD il faut constater la présence des critères suivant ;

Critère A : **l'évènement traumatique** ; le sujet a été exposé à un évènement durant lequel lui-même ou d'autres personnes autour de lui ont été menacés de mort ou de graves blessures, ou en ont réellement été victimes. Vivre une exposition répétée ou extrême à un évènement, crée une réaction de peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur, il est noté que chez les enfants un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à cette réaction.

Critère B : **la reviviscence** ; l'événement traumatique est constamment revécu, souvenir répétitif provoquant un sentiment de détresse, rêves répétitifs, flash-back, détresse psychologique intense à des indices évoquant un aspect de l'évènement traumatique. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices évoquant l'évènement et il est fréquemment relevé chez les enfants la présence de rêves effrayants sans contenu reconnaissable. Chez les enfants de plus de 6 ans, il peut s'agir d'un jeu répétitif dans lequel des thèmes ou des aspects de l'évènement traumatique sont exprimés.

C***ritère C*** : **l'évitement,** persistant des stimuli associés au traumatisme ainsi que l'émoussement de la réactivité générale : évitement ou effort pour éviter les souvenirs, de situations, de pensées, de conversations ou de lieux éveillant un souvenir du traumatisme, réduction de l'intérêt pour les activités importantes, détachement d'autrui, restriction des affects, sentiment d'avenir bouché…

Critère D : **altérations négatives des cognitions et de l'humeur** associés à l'évènement traumatique ; amnésie dissociative, croyances négatives ou exagérées à-propos de soi ou des autres, cognitions persistantes déformées concernant la cause ou les conséquences de l'évènement traumatique qui amène le mépris de soi et d'autrui, état émotionnel négatif persistant, (peur, colère, culpabilité), sentiment de détachement des autres, incapacité d'éprouver des émotions positives…

C***ritère E*** : l**'activation neurovégétative ;** présence de symptômes persistant traduisant une activation neurovégétative ne préexistant pas au traumatisme : troubles du sommeil comme les difficultés d'endormissement, irritabilité, crise de colère, comportement imprudent ou auto destructeur, difficultés de concentration, hyper vigilance, réaction de sursaut exagérée…

C***ritère F*** : la perturbation (critères B, C, D, E) dure plus d'un 1 mois

C***ritère G*** : la perturbation entraine une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans les domaines sociaux et professionnels.

C***ritère H*** : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple médicaments, alcool…

- On peut trouver aussi d'autres symptômes dissociatifs spécifiques comme la dépersonnalisation (qui est l'expérience récurrente d'un sentiment de détachement, d'être observateur de ses propres processus mentaux, comme dans un rêve) ou la déréalisation (qui est l'expérience récurrente d'irréalité de l'environnement, qui est vécu comme irréel, lointain, onirique ou déformé).

Synthèse

Dans ce chapitre nous avons voulu approcher la notion de violence et le traumatisme qu'elle engendre d'une façon globale pour ensuite nous intéresser à la violence conjugale, en particulier comprendre les mécanismes de la violence pourraient aider à mieux appréhender la violence masculine, qui peut avoir d'autre causes que celles citées dans ce chapitre.

La violence n'est pas un phénomène individuel, elle s'inscrit toujours dans une relation duelle entre plusieurs individus. Depuis leur existence, les hommes se sont toujours violemment affrontés quelle que soit leur ethnie, leur groupe d'appartenance ou leur culture. Si la prédation animale est au service de la vie, la violence humaine n'a pas la même faculté. Elle ne profite pas à ses semblables, elle les anéantit. L'individu détruit les autres et en même temps, il s'autodétruit.

Pour K. LORENZ (1969), l'agression est un instinct et possède en elle-même une impulsion spontanée. Elle est nécessaire à la formation du monde parce qu'elle structure les relations sociales en les faisant évoluer vers l'échange et la communication. Il s'agit d'un instinct adaptatif, d'une tendance, d'une énergie "qui s'exprime à l'origine par l'activité et se manifeste ensuite sous les formes les plus différentes, à la fois individuelles et collectives, telles qu'elle résulte de l'apprentissage et de la transmission sociale, depuis la simple affirmation de soi-même jusqu'à la barbarie » mais lorsque l'évolution de l'homme a permis qu'il domine son milieu, qu'il maîtrise des outils et des techniques de plus en plus sophistiqués, cet instinct est devenu nuisible avec une agressivité destructrice. De ce point de vue, on peut considérer les manifestations agressives destructrices comme un produit de la culture. Alors comment endiguer la violence dans sa forme destructrice ? Cela suppose de la déceler sous toutes ses formes, ainsi que l'agressivité qui peut servir à des fins utiles ou inutiles, bonnes ou mauvaises. Il importe donc d'établir des critères de différenciation actuellement mal définis.

On note que toutes les théories se soient entendues sur l'aspect destructeur et soudain de l'événement traumatique et des séquelles qu'il occasionne, séquelles souvent installées à vie. En effet la violence, quelle qu'elle soit peut engendrer un choc traumatique qui est une infraction brutale, néanmoins ces effets seront liés d'une part à l'intensité de l'agressivité de l'effraction et d'autre part à la solidité de la proie recevant le choc. Notons que les réactions aux traumatismes diffèrent d'une personne à une autre, néanmoins dans la majorité des cas, on observe les symptômes de l'état de stress post traumatique. Nous rejoignons donc l'approche de L. Crocq qui nous parait très profonde par l'aspect explicatif des dommages graves occasionnés par le trauma. Par contre pour les enfants, nous pensons que l'événement traumatique est souvent plus destructeur et ne permet pas aux défenses habituelles de se mettre en place.

Chapitre 2

La violence conjugale

"Ce qui est décisif, ce n'est pas qu'on soit violent, c'est qu'on le devienne. L'agression, comme tout don, ne se développe pas dans le vide, mais en rapport avec un milieu » F. HACKER

1) *Quelques études antérieures sur la violence conjugale en Algérie*

Dans cette présente thèse, l'auteur est mentionné au masculin et la victime au féminin, bien que l'inverse puisse parfois exister, Selon Desurmont (2001), dans 95% des situations, les femmes sont victimes de violence conjugale et les hommes auteurs. La violence conjugale fait partie des violences familiales les plus répandues. C'est un phénomène qui affecte sans exception tous les pays du monde. Il désigne tout acte de violence qui se déroule au sein de la famille : elle comprend la violence dans les relations de couple, la violence contre les personnes âgées, la violence contre les enfants et la violence entre frères et sœurs, toujours dans le cadre familial. (Schnurr, 2012)

Nous avons relevé, en Algérie, les études qui nous paraissent les plus pertinentes depuis ces dernières années :

En 2005 : L'enquête nationale de l'institut national de santé publique (INSP) est une étude de référence en matière de violence exercée contre les femmes en Algérie. Elle s'est caractérisée par sa méthodologie et son échantillon conséquent (9033 femmes âgées de 1 à 93 ans). L'étude s'est étendue sur tout le territoire national et a touché les différentes structures habilitées à recevoir les victimes (santé, centres d'écoute, justice, police…). Cette étude qui a duré deux ans a révélé que le domicile familial est le lieu des agressions des femmes dans 64,9 %, et sont l'objet de trois formes d'agressions : en premier lieu il y a les agressions physiques 80%, psychologiques 11%, sexuelles 2,1 % et 12% des victimes ont bénéficié d'une prise en charge psychologique.

En 2006 : Une enquête nationale de prévalence de la violence l'égard des femmes, réalisée par le CRASC a été initié par le ministère délégué chargé de la famille et de la condition féminine et a touché 2043 femmes, dont une femme prise au hasard par ménage âgé de 19 à 64 ans. L'étude révèle que la violence affecte la santé des femmes et celles de leurs enfants de façon significative, 54% des femmes interrogé sont marié. Les violences contre les femmes dans le couple sont en hausses, les premiers responsables de cette violence sont les époux, les résultats font état de 19% de violence verbale, 9,4 % de violence physique, 2.5 % de violence psychologique.

En 2011 : Dans une enquête la chercheuse (Anou. A) a étudié l'impact de la violence conjugale, sur le niveau de satisfaction de vie des femmes victimes et certaines caractéristiques de leur personnalité. Cette étude qui s'est étendue sur quatre grandes villes (Alger, Oran, Constantine, et Adrar), a proposé une comparaison entre un échantillon de 300 femmes non victimes, le choix de l'échantillon répond à certains critères dont l'âge des femmes (entre 18 et 42 ans), la durée du mariage (5 ans et plus), le niveau scolaire des victimes (niveau primaire et moyens) et la persistance de la relation conjugale. L'auteur a utilisé trois échelles (Life satisfaction Scale) (Questionnary of personnality among adult) (the Marital violence Scale). Les résultats ont montré que les femmes victimes de violence conjugale expriment moins de satisfaction de la vie ; elles manquent de bonheur, de quiétude, de valorisation sociale, sont instables émotionnellement et elles montrent une insensibilité aux

compétences sociales. Elles révèlent également qu'elles sont sujettes aux émotions comme l'anxiété, la chagrin, le mépris, une faible estime de soi, une perception négative de la vie, elles sont envahies par l'ennui, montrent de la soumission, de la dépendance et l'incapacité à faire face aux difficultés du quotidien, en comparaison avec les résultats du groupe des femmes témoins.

En 2014 : (Bouatta Ch) (Professeure en psychologie à Bejaia) a tenté de montrer le rôle du psychologue lorsqu'il reçoit des femmes victimes de violence conjugale à travers trois cas cliniques. Pour Bouatta, le psychologue est en mesure de fournir une aide psychologique aux femmes victimes de violence conjugale, axée sur les points suivants : prendre en charge les conséquences psychiques de cette violence sur le fonctionnement mental et psychologique des victimes, aider ces femmes à prendre conscience de leur vécu psychique, mettre fin au sentiment de honte qui pèsent sur ses femmes et les aider à retrouver l'estime de soi, écrasé par cette violence.

En 2015 ; (Bouatta. Ch), s'est intéressée au vécu psychologique de 100 femmes victimes de violence conjugale dont l'âge varie entre 24 et 60 ans, rencontrées dans un service de médecine légale. L'auteure a analysé le discours des victimes par le biais des entretiens. Les résultats ont indiqué que la violence concerne tous les âges, toutes les situations sociales et professionnelles, elle peut être physique, psychologique et sexuelle. Les femmes victimes ont évoqué un ensemble de facteurs déclencheurs de cette violence. Ce qui revient le plus c'est les relations extraconjugales du mari, la consommation de drogues et d'alcool et les facteurs économiques ainsi que la personnalité du mari décrit comme irresponsable, immature… La violence conjugale a des conséquences importantes sur les femmes victimes, au niveau physique (maladie des reins, allergie, infections gynécologiques, tension artérielle, diabète, asthme.) sur le plan psychologique (insomnie, troubles cognitifs, cauchemars répétitifs, phobie sociale, angoisse, dépression, pleurs, absence de désir, perte d'appétit…). Les femmes victimes ont mis en exergue l'impact de cette violence sur leurs enfants, sur le plan scolaire (échec) et psychologique. Dans certains cas, les enfants sont pris pour cibles. Les femmes victimes ont exprimé leur impuissance face à la violence du mari et sont souvent soutenues par les membres de leur famille mais celle-ci l'encourage rarement à se séparer de l'époux violent.

En 2015 ; les chercheurs (Bouaicha. A et Boulesnan. F) ont étudié les représentations sociales en présentant un questionnaire portant sur la définition de la violence conjugale, sa prévalence et les causes de cette violence a un échantillon de 30 sujets mariés non victimes. Les résultats ont montré que les sujets ont associé la violence conjugale à l'exercice de la force physique contre la femme dans 36.66% des réponses et aux mauvais traitements (la violence physique et psychologique dans 20 % des réponses. Concernant la prévalence de la violence conjugale en Algérie, 70% des répondants ont rapporté que la violence conjugale est limitée à quelques cas seulement. Cela s'explique selon les auteurs, par le fait que ce type de violence est généralement tenu secret par les victimes. Concernant les causes, 60% des sujets interrogés considèrent que le facteur économique est le facteur de risque le plus important dans l'apparition de la violence conjugale (pauvreté, absence de logement…). La différence de niveau scolaire entre le mari et sa femme, occupe la seconde positon des facteurs de risque

avec 43.33% des réponses. Le troisième facteur se limite à la différence de position sociale des époux avant le mariage (33.33%). 26.66% des réponses concernent l'absence de communication dans le couple et la différence d'opinion. 23.33% estime que la violence conjugale est due à l'absence du facteur religieux dans le couple.

En 2016 ; le chercheur (Benabid A) a voulu saisir les causes de la violence conjugale à travers les représentations sociales de 146 étudiants en sciences sociales de l'université de Oum El Bouaghi. Il a utilisé un questionnaire de 26 items et les résultats indiquent la différence de socialisation entre le garçon et la fille dans la société algérienne, qui privilégie le garçon, le renforcement de sa position et sa violence à l'égard de la fille ; la violence n'est pas due uniquement à la structure physique de l'homme. Ils ont insisté sur d'autres facteurs comme les conceptions masculines de la femme en tant qu'être faible, les hommes selon ces étudiants se réfugient derrière la religion pour justifier leur violence, avec des lectures et des interprétation erronées. D'autres causes ont été rapportées, comme les difficultés économiques du mari, le manque de compétences et de créativité pour trouver des solutions aux difficultés conjugales.

En 2016 (Bouzid Baa S) a examiné la violence conjugale en réalisant des entretiens avec une quinzaine de femmes victimes de violence conjugales (dont l'âge varie entre 24 et 48 ans) au niveau du service de médecine légale (hôpital Frantz Fanon – Bejaia. Ces entretiens portent sur trois questions principales : les facteurs déclencheurs de la violence, les réactions des victimes et les conséquences de la violence. Les résultats indiquent que les femmes victimes ont rapporté plusieurs facteurs déclencheurs de la violence conjugale : les facteurs économiques (perte de l'emploi, soucis de travail et d'argent...) et la consommation de l'alcool constituent les réponses les plus fréquentes chez ces femmes. Les problèmes de l'épouse avec la belle-famille, l'infidélité du mari, son désir de se remarier et la naissance d'un bébé dans le couple, sont les réponses les moins fréquentes évoquées par les victimes. Face à cette violence les femmes victimes ont exprimé un ensemble de sentiments et de réactions comme la tristesse, l'impuissance, l'humiliation. Les femmes ont eu recours au dépôt de plaintes mais sans demande de divorce. Les motifs sont la peur de se séparer des enfants, l'absence de lieu d'accueil et la peur de la stigmatisation. Ce sont les conséquences physiques qui prédominent, viennent ensuite les conséquences psychologiques comme le traumatisme, les conséquences sur les enfants ont été décrites aussi comme les coups et les blessures, l'impact sur la scolarité, la rupture familiale et les perturbations psychologiques

En 2107 (SEBAA-BERROUAYEL N.) L'étude[16] s'est intéressée à la femme victime de violence conjugale et sur son organisation psychique. Les résultats ont indiqué que d'importantes blessures narcissiques subies dans l'enfance auraient des répercussions dans la vie affective adulte, se manifestant par une tendance à contrôler et à agresser la partenaire. Que la violence n'ait pas d'identité, quelle existe partout mais que le contexte diffère, que la présence de stéréotypes et de préjugés sont vécus aussi bien par l'homme que par la femme. La crainte et la peur du changement et un système patriarcal bien ancré contribuent également

[16]*Violences conjugales : Nécessité d'une approche psychopathologique dans un contexte socioculturel déterminé.* Thèse de Doctorat Ès Sciences – Mai 2017 Université Oran 2 Mohamed Ben Ahmed

à la difficulté de traitement de ce phénomène. L'étude révèle aussi que l'inégalité dans le couple constitue un facteur de risque de violence. La violence est apparue liée aux inégalités existantes dans le fonctionnement du couple. Ainsi malgré l'évolution éducative de la femme et sa position dans le marché du travail, elle risque toujours d'être violentée. La chercheuse a mis en évidence que le fait d'avoir grandi dans une famille violente entraîne un risque de reproduire ce type de comportement à l'âge adulte et que la violence touche des femmes de tous les milieux (urbain, rural), de différents niveaux socioéconomiques, de toutes les cultures, de tous les âges et de tous les niveaux d'instruction.

En 2018 ; le chercheur (Mekrloufi, Y) a étudié les stratégies d'adaptation les plus utilisées par les femmes victimes de violence conjugale et celle qui leur permettent d'être compatibles dans leur vie conjugale. 70 femmes habitant la ville d'Oran, ont participé à l'étude et ont répondu à deux questionnaires : les résultats indiquent que ces femmes disposent d'un ensemble de stratégies d'adaptation classé selon leur fréquence comme suit ; les émotions, l'acceptation, la religion, la tâche, la distraction et le soutien social. Le recours aux émotions permet aux femmes de supporter la violence du mari par l'acceptation de la situation de violence conjugale, les femmes victimes se sacrifient afin de sauvegarder leurs familles et éviter le divorce, le recours à la religion, à Dieu, constitue une stratégie qui permet aux femmes de faire face à la violence du mari, voire de l'accepter. En ce qui concerne les stratégies d'adaptation qui influencent la comptabilité conjugale, l'auteur a révélé que trois stratégies d'adaptation (le soutien social, les émotions, la tache), y jouent un rôle important. Ainsi si la comptabilité conjugale est à moindre niveau, les femmes victimes font appel au soutien social en raison de la frustration, l'absence de sérénité et de quiétude due à la violence du mari.

On constate que la plupart des études sont des approches quantitatives et peu d'études qualitatives. La plupart ont ciblé les femmes victimes comme échantillon d'étude. L'étude de l'INSP 2005, représente l'échantillon le plus important en raison de l'étendue de la recherche. Les instruments de recherche les plus utilisé sont les questionnaires associés ou non à des échelles et à moindre mesure les entretiens. Concernant les résultats, ils soulignent que la violence conjugale est bien enracinée dans la société algérienne, les différentes formes de cette violence (physique, psychique et sexuelle) affectent toutes les femmes sans distinction d'âge, ni de statut social ou économique. La violence apparait dès la première année du mariage, elle a des conséquences physiques et psychiques sur les femmes et sur leurs enfants. Selon ces études ce sont les facteurs économiques, sociaux et les représentations patriarcales de la femme dans la société algérienne qui favorisent l'émergence de la violence, et encourage la domination de l'homme sur la femme, l'impact de l'addiction du mari (drogue, alcool), sans oublier les relations difficiles avec la belle-famille.

2) *La violence conjugale*

2.1.Le conflit conjugal :

C'est une tension dans la relation de couple. Les deux partenaires sont en désaccord sur un ou plusieurs points et peuvent l'exprimer de façon plus ou moins agressive. Le conflit conjugal même « tourment et récurent » ne signe pas l'écrasement de l'un par la force psychique ou physique de l'autre, il signe d'avantage la confrontation entre deux adultes.

2.2.Du conflit à la violence

Le rapport conflictuel au sein du couple voit deux conjoints qui se battent pour eux-mêmes, plus que l'un contre l'autre, ils défendent leur propre frontière, leurs intérêts et tentent de faire valoir leurs besoins et leurs droits. Il ne s'agit pas d'occulter l'autre, ni de l'anéantir, il s'agit de s'en approcher, cette configuration conflictuelle, dans une tournure saine, crée et renforce le lien conjugal. Normalement géré, le conflit « noue et lie », permet la séparation psychique, disloque la symbiose initiale, suppose la découverte de ses propres ressources, permet la rencontre et peut ouvrir un lien authentique.

Dans la violence conjugale, il en va différemment. Nous sommes devant une situation ou un conjoint qui exerce sur son partenaire une oppression telle, que ce dernier perd son libre arbitre, ses repères habituels, sa dignité et son intégrité physique. Il n'y a plus de parité, plus de responsabilité partagée, ni même de possibilité d'échanges. Il s'agit d'une prise de pouvoir par la force de l'un sur l'autre, de faire peur, d'intimider, de contraindre, d'asservir, d'user l'autre et d'en abuser. Selon Seith (2006), la violence conjugale n'est pas uniquement de la violence. C'est également du pouvoir et du contrôle. Elle instaure une hiérarchie et une asymétrie dans les rapports.

2.3.Où en est-on avec la violence conjugale ?

Après un long combat, la violence conjugale est passée du domaine privé à celui de publique et aujourd'hui elle est internationalement interdite dans de nombreux pays. Sa représentation, ne se limite pas à la simple manifestation de la violence, mais à celui du pouvoir et du contrôle, puisqu'elle instaure une hiérarchie dans les rapports.

- Un Rapporteur Spécial sur la violence faite aux femmes, ses causes et ses conséquences, est nommé par la commission des droits de l'Homme de l'ONU en 1994. La violence conjugale constitue l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde a déclaré l'OMS en 1996. La Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes a été instaurée par l'ONU en 1999.
- L'OMS (2014) a publié un rapport édifiant dans la revue médicale The Lancet, qui révèle que 30% d'entre elles sont victimes de violences conjugales de la part de leur partenaire. L'OMS estime que les efforts déployés restent insuffisants. Cette étude décrit les conséquences de la violence sur la santé physique, mentale et sexuelle des femmes.

- Faits et statistiques selon l'ONU (2015) :

- 1 femme sur 3 dans le monde est victime de violence physique ou sexuelle, au cours de sa vie, la plupart du temps par son conjoint
  - Pour ce qui relève des différentes formes de violence meurtrière, les données disponibles pour l'Europe démontrent qu'en 2008 « la moitié des victimes de sexe féminin ont été tuées par des membres de leur famille (35 % par des conjoints ou des ex-conjoints et 17 % par des proches) tandis que 5 % seulement de l'ensemble des hommes tués l'avaient été par leur conjointe ou ex-conjointe et quelques 10 % par d'autres membres de la famille. » (ONUDC 2011)
- Plus de 133 millions de filles ont subi une forme de mutilation génitale féminine dans les 29 pays d'Afrique et du Moyen-Orient où cette pratique est la plus courante

- Toutes les régions du monde sont touchées, on dénombre près de 700 millions de femmes aujourd'hui mariées, l'ont été enfant, dont 250 millions avant l'âge de 15 ans.

2.4. La définition de la violence conjugale :

Les Nations-Unies définissent la violence à l'égard des femmes de la façon suivante : « tout acte de violence contre le sexe féminin, causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée » (ONU 1993)

Selon le rapport de l'UNICEF (2006), « la violence domestique est la forme la plus courante de violation des droits de l'homme » et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la reconnaît comme un problème de santé publique (2005).

L'OMS (2017) définit la violence conjugale comme « tout comportement qui dans le cadre d'une relation intime, cause un préjudice d'ordre physique, sexuel ou psychologique notamment les actes d'agressions physiques, les relations sexuelles forcées, la violence psychologique et tout autre acte de domination »

2.5. Les définitions selon les différents courants :

La violence conjugale a été étudié selon différentes perspectives théoriques ;[17]

- ✓ ***Le courant biologique :*** l'homme possèderait des pulsions agressives qui le rendrait violent (Freud 1933, Lorenz 1966)

- ✓ ***La perspective pathologique*** : certaines caractéristiques individuelles seraient associées à la violence conjugale (il peut s'agir d'un attachement non sécurisant (Laughrea, Bélanger, Wright, 1996), de difficultés de communication, de problèmes mentaux et/ou d'un trouble de la personnalité.

[17]Mélanie Gosselin, Marie-France Lafontaine et Claude Bélanger, Bulletin de psychologie 2005

- ✓ ***Le courant sociologique :*** le stress socio-économique, l'identification aux rôles traditionnels, de même que le phénomène de l'apprentissage social, sont reliées à la violence conjugale.

- ✓ ***La théorie structurelle et politique :*** les causes de la violence conjugale sont liées à des facteurs sociaux qui ont pris dans l'historique des mythes et préjugés sur la condition de l'homme et de la femme (Frankel-Howard 1989, ONU 1993)

- ✓ ***Le point de vue psychologique :*** la théorie de l'attachement offre une base théorique intéressante entre la violence d'une part et l'amour et l'intimité d'autre part, même si l'attachement a d'avantage été étudié en relation avec la violence physique plutôt que la violence psychologique. Il apparaît que ces deux formes de violence lui sont liées. La violence conjugale semble liée à un grand besoin d'attention de la part du partenaire et à une crainte profonde que ce dernier ne soit pas apte à offrir ce soutien affectif, vivant un grand inconfort face à la proximité psychologique avec le partenaire.

- ✓ ***Le point de vue féministe*** : la violence est définie comme une tentative d'un homme visant à contrôler et à terroriser une femme (Arriaga, Oskamp 1999). Pour certains chercheurs, la violence conjugale consiste en une structure de comportement qui prend diverses formes (physique, émotionnelle, psychologique sexuelle et économique) dont le but est de perpétuer l'intimidation, le pouvoir et le contrôle d'un conjoint violent envers le conjoint violenté (Hampton, Washington Cover – Edwards 1993)

- ✓ ***Le point de vue des criminologues :*** un acte est considéré comme violent s'il engendre des blessures physiques ou représente un crime (Arriaga, oskamp 1999)

- ***Définition retenue*** :la définition d'Éric Baccino (2015) nous semble une des plus pertinentes :« un processus au cours duquel une personne exerce à l'encontre de son partenaire dans le cadre d'une relation privée et privilégiée des comportements agressifs et destructeurs ».

2.6. Les formes de la violence conjugale :

La violence conjugale s'exerce sous différentes formes. Au cours d'incidents, d'épisodes répétés et souvent de plus en plus sévères, entraînant des blessures, des symptômes et des séquelles affectives et psychologiques graves. Le but de l'agresseur est d'utiliser son pouvoir physique, économique ou tout autre pouvoir, afin de dominer la victime et de faire en sorte qu'elle soit dans une position d'impuissance. Les victimes sont majoritairement des femmes,

car la plupart des comportements violents sont masculins, néanmoins la violence féminine existe mais se présente sous d'autres traits moins saisissables, comme la pression psychologique, le contrôle de son conjoint ou l'usage de mots blessants.

Les formes de la violence conjugale peuvent être ;

A) **Verbale** ; comme des insultes, du chantage ou des menaces

B) **Psychologique** : il s'agit d'un comportement ou de propos méprisantes d'un dénigrement. Des commentaires désobligeants, des insultes ou sarcasmes humiliants traitant la victime de nulle, paresseuse, grosse, laide ou stupide. Lui dicter comment elle doit s'habiller, menacer de se suicider ou de lui enlever les enfants, la surveiller, être jaloux sans fondement, l'empêcher de voir sa famille ou ses amies, détruire des objets précieux ou à valeur sentimentale.

C) **Physique** : la personne violente donne des coups ou fait preuve de sévices corporels ; gifler la victime, lui donner des coups de poing ou des coups de pieds, la pousser, l'égorger, la brûler, la mordre, la frapper oula blesser avec un couteau, tirer sur elle avec une arme ou la frapper avec un objet.

D) **Sexuelle :**il s'agit d'une sexualité forcée, de brutalités physiques et de menaces, contrainte à subir des scénarios humiliants, l'obliger à participer à des actes sexuels déplaisants ou douloureux, l'exposer au VIH ou à d'autres maladies transmissibles sexuellement, refuser d'utiliser ou de permettre à la victime d'utiliser une méthode de contraception.

E) **Économique** : la personne prive son partenaire de moyens de subsistance, retenir ou prendre l'argent de la victime, dépenser de façon frivole alors que la famille a besoin de choses nécessaires, l'empêcher d'avoir accès aux comptes en banque et l'empêcher d'obtenir ou de conserver un emploi.

F) Spirituelle : Ridiculiser ou punir la victime à cause de ses croyances religieuses ou culturelles, l'empêcher d'observer les pratiques de sa religion ou l'obliger à respecter d'autres pratiques religieuses.

2.7. Les cycles de la violence conjugale :

Léonore Walker (1979) fut la première à modéliser le « cycle de la violence ». Pour elle, la violence conjugale est un processus cyclique fait d'un ensemble d'événements et de comportements qui se succèdent entre les partenaires et qui se caractérisent par leur répétition et une situation d'emprise dont les victimes autant que les auteurs, se défont difficilement. L'auteure a distingué trois phases successives dans la dynamique de la violence conjugale : «la montée en tension », « le passage à l'acte » et « la lune de miel ». D'autres auteurs (Fortin, Coté, Rousseau & Dubé, 2007) ont ensuite complété ce cycle.

1. l'escalade de la tension :

L'auteur de violence est tendu et installe par ces paroles et attitudes agressives un climat de tension en prétextant la soi-disant incompétence ou les erreurs de sa compagne. Tout incident est prétexte et non une cause à déclencher la violence. Pour la victime commence alors une période d'angoisse et de doute, la crainte de déplaire et de commettre des erreurs par peur de mécontenter et de contrarier son conjoint.

2. l'explosion de la violence :

L'auteur de violence considérant que sa partenaire n'a pas répondu à ces attentes, passe à l'acte violent, il peut s'agir d'insultes, de cris, d'accusations, de menaces, de coups… Il donne l'impression de perdre le contrôle de lui-même. La violence éclate, son objectif est de prendre le contrôle sur sa compagne. La victime se trouve démunie, effrayée et craignant pour sa vie. Elle se sent humiliée, désespérée, démolie et brisée. Elle a peur que la violence reprenne, elle peut craindre pour sa vie et celle de ces enfants.

3. la justification/culpabilisation :

L'auteur se déresponsabilise, il minimise son comportement, donne des justifications ou des excuses à son comportement violent, il accuse la victime de l'avoir provoqué, explique l'origine de sa violence, ou l'attribue à un facteur externe. La victime se sent coupable et responsable des comportements violents de son conjoint. Elle s'imagine que si elle modifie son attitude, la violence cessera, elle accepte les justifications et modifie ses comportements par peur et tente d'éviter ainsi une nouvelle explosion, elle oublie sa colère et se remet en question…

4. la lune de miel, rémission et réconciliation

L'auteur exprime des regrets et promet de ne plus recommencer, il est affectueux, attentionné et demande pardon, c'est le moment de prendre des bonnes résolutions et de faire des efforts. La victime entrevoit donc de l'espoir pour le changement de son conjoint, retrouve le calme et peut croire que l'auteur ne recommencera plus, elle veut le soutenir et l'aider et pense que la violence était un accident et devient attentive à son comportement pour éviter de le contrarier.

Le cycle reprend alors au début, se répète sans cesse de façon de plus en plus fréquente. Il s'accélère au fur et à mesure, plus les phases de tension et d'agression vont en intensité croissante, plus les phases de justification et de réconciliation tendent à raccourcir jusqu'à disparaitre. Bien souvent, à chaque cycle, la violence augmente en intensité et en fréquence. C'est l'escalade progressive et subtile de la violence qui explique la tolérance de la femme (Stets, 1988). Elle s'habitue par un système de punition-récompense progressif qui baisse ses défenses et fait qu'elle finit par considérer les comportements de son conjoint comme normaux (Korf-Sausse, 2003). Les victimes ont alors moins de répit entre chaque passage à l'acte, la violence fait partie intégrante de la vie familiale. Les victimes font souvent appel à leur entourage directement après la phase d'explosion de la violence. Une fois la crise passée, l'auteur de violences cherche à reconquérir sa partenaire, le couple passe alors à la lune de

miel, il est donc fréquent que le projet de porter plainte de la victime, de quitter le conjoint, laisse place à une reprise de la relation avec l'auteur des violences.[18]

2.8. La violence et l'homicide conjugal :

L'expression « crime passionnel » est fréquemment utilisée de manière un peu réductrice pour désigner l'homicide conjugal, il existe également dans la littérature des termes plus spécifique tels que « l'uxoricide » qui désigne l'homicide de la conjointe et le « matricide qui désigne l'homicide du conjoint. Les femmes sont également retrouvées parmi les auteurs d'homicide, leur profil est difficile à mettre en évidence en raison de leur nombre restreint. En effet les actes de violence à l'encontre de la victime peuvent devenir de plus en plus graves et conduire à la mort de la victime, ou même, dans certains cas, de l'agresseur (Dubé, 2011). De plus, les homicides conjugaux peuvent aussi toucher les autres membres de la famille présents. Ainsi, il n'est pas rare que face à cette violence les enfants soient aussi victimes de meurtre, au sein du foyer familial. L'homicide conjugal est un homicide intrafamilial commis sur un partenaire ou ex partenaire de vie intime.

Cette violence conjugale et familiale a longtemps été présentée dans les sociétés patriarcales comme un droit exercé et légitimé par les hommes sur leur famille. La femme étant la principale victime, le type de passage à l'acte est peu à peu pris en compte par les programmes de prévention, il s'agit d'un geste criminel qui ne peut être entièrement dissocié de la violence conjugale, car le geste fatal est souvent l'apogée d'une violence exercée de façon régulière (Cusson, Marleau, 2006). A ce propos Cusson affirme qu'il existe une continuité entre le coup de poing donné par le mari à sa femme et le coup de feu qui lui enlève la vie.

3) Les femmes victimes et les hommes auteurs de violence

Le monde conjugal est devisé en deux, l'homme violent et dangereux, la femme définitivement malheureuse, sans ressources, un regard lucide n'efface en rien la responsabilité incombant l'homme, qui porte des coups et ne laisse que misère après son passage, la violence physique est d'abord masculine indéniablement.

Il existe des hommes victimes de violence, mais ils sont minoritaires, le sous-signalement est encore plus important que chez les femmes. Une étude au Canada[19], entre 1999 et 2004, montre que 6% d'homme ont été victimes de violence conjugale. Il s'avère que les violences contre les hommes sont plus d'ordre psychologique que physique et qu'elles peuvent également être économique voir sexuelle (Éric Baccino 2015). En Algérie il est très difficile d'obtenir des chiffres vu la réticence des hommes algériens à porter plainte. Se faire violenter

[18]Lenore E. Walker The battered woman Éditeur, Harper & Row, 1979 Original provenant de l'Université du Michigan Numérisé. 2010 ISBN

[19]Lucie Bélanger, Étude -Ampleur et nature de la violence subie par les femmes et les hommes : analyse sur quelques statistiques sur la violence conjugale, Conseil du statut de la femme du Québec, 2005

par son épouse est une question taboue, cela touche à l'honneur de l'homme et à sa position de dominant.

3.1. Les facteurs favorisant la violence chez les hommes auteurs :

De nombreuses théories ont tenté d'expliquer les causes de la violence conjugale. Trouver l'origine du problème permettrait évidemment de prévenir la violence. Parmi les facteurs favorisant chez l'agresseur, le passage à l'acte violent on trouve :

- L'alcoolisme chronique ; la prise d'alcool, par son effet désinhibiteur augmente la fréquence de la violence
- La prise régulière de substances psychoactives telles que la drogue (Gloor & Meier, 2013). Ces abus désinhibent l'auteur mais ne représentent pas le déclencheur de la violence.
- Le sentiment de jalousie ; surtout au moment des séparations et des divorces
- La différence du milieu culturel
- Les facteurs qui concernant le couple : la précarité, le chômage, la naissance d'un enfant
- La présence de certaines particularités de caractère statistiquement significatif : autoritaire, impulsif et agressif
- L'émigration : elle peut causer des troubles identitaires et des failles culturelles
- Avoir été victime de violence ou d'abus sexuels dans l'enfance (Éric Baccino 2015)

3.2. Les facteurs favorisant la violence contre les femmes victimes :

Le terme de « femmes battues » ne rend pas compte de la totalité des violences conjugale. Les plus fragilisées (Age, précarité, grossesse) sont logiquement les plus exposées, mais tous les milieux sociaux peuvent être concernés (Jaspard, M 2005). Il existe des facteurs de risque accroissant l'apparition de la violence conjugale (UNICEF, 2006) :

- L'âge de la mère (plus elle est jeune, plus elle court le risque d'être victime). L'âge entre 15 et 24 ans, constituerait un facteur de risque concernant la présence de violence
- Les grossesses ou être mère
- La pauvreté : les femmes des milieux sociaux les plus défavorisés sont souvent insultées
- Le chômage : l'inactivité du conjoint, l'instabilité, l'absence de revenu du couple favorise la violence conjugale
- La nationalité étrangère et le statut de migrante représentent une barrière au fait de quitter le conjoint violent
- La langue, le statut légal ou encore l'emploi précaire sont autant d'éléments qui forcent la femme à rester en couple
- Les femmes les plus diplômées rapportent plus de pressions psychologiques occasionnelles

3.3 Le portrait psychologique des victimes et des auteurs de violence conjugale :

Afin de saisir les enjeux de la violence conjugale, il semble important de s'intéresser aux personnalités des auteurs de violence et des victimes. Un certain type de profil peut se dégager chez l'un et l'autre. Des points similaires chez les auteurs peuvent, en partie, démontrer la nécessité des passages à l'acte et chez les victimes une certaine vulnérabilité peut expliquer le processus dans lequel elles sont prises et ne parviennent pas à s'en extirper. Toutefois, il ne s'agit pas d'amoindrir ou d'excuser l'utilisation de la violence au sein du couple mais de mieux comprendre la dynamique de chacun pour repérer le fonctionnement du couple au niveau individuel.

« La violence domestique n'est plus envisagée comme un comportement isolé, mais comme la conséquence d'une constellation d'éléments qui fondent la personnalité » (Donald G. Dutton, 1996)

A) Les caractéristiques des hommes violents :

Selon le Docteur Coutanceau (2011), les auteurs de violence conjugale sont 9 fois sur 10 des hommes et une fois sur 10 des femmes. Ces auteurs de violence font souffrir leur partenaire mais ils sont également en souffrance. Plusieurs auteurs ont mis en exergue différentes caractéristiques communes aux auteurs de violence conjugale, comme :

- Un échec à l'identification symbolique à la figure paternelle. Le symbolique se construit autour du sujet, de l'autre et de l'objet. Il devient la représentation signifiante de quelque chose, son pouvoir réside dans sa capacité à produire et à communiquer le sens, l'identification au père n'a pu être effective et donc ces hommes sont dans l'incapacité de produire le symbole et ne parviennent à communiquer que par les passages à l'acte violent, dès lors, la communication est défaillante dans le couple et le passage à l'acte violent est facilité en l'absence d'une parole élaborée
- Une immaturité psychologique qui crée une dépendance à l'autre
- Une tendance à utiliser la projection en rendant toujours les autres responsables et en se déresponsabilisant.
- Le sentiment d'impuissance ou même d'incompétence dans l'intimité contribue à maintenir un climat de violence, seul moyen pour le conjoint violent de retrouver le contrôle. La relation fusionnelle est recherchée, dans une angoisse constante d'abandon, ils cherchent à établir une relation où les deux ne font plus qu'un. Progressivement, l'autre sera dénié comme sujet et deviendra objet aux yeux de l'agresseur.
- La maltraitance dans l'enfance ou l'exposition à la violence au sein du couple de leurs parents. En effet, Lussier et Lemelin (2002)[20] ont noté dans leur recherche sur les hommes à comportements violents, que 79% d'entre eux déclarent avoir été témoins de violence verbale entre les parents et 35% indiquent la présence de violence

[20]Lussier, Y. et Lemelin, C. Profil des hommes à comportements violents ayant fait une demande d'aide à un organisme de traitement en violence masculine. Laboratoire de psychologie du couple : Université du Québec à Trois-Rivières, 65, 2002

physique dans le couple parental. Aussi, 64 % de ces hommes signalent avoir été maltraités physiquement alors que 85% d'entre eux évoquent de la violence verbale à leur encontre durant leur enfance. Enfin, 24% signalent avoir été abusés sexuellement au cours de leur enfance ou de leur adolescence.

Une typologie d'hommes violents a été réalisée dans les travaux suisses (Egger & Schar Moser, 2008). Nous pouvons relever trois types de profil d'hommes ;

1) **family-only-batterer :** Ces hommes ne sont violents qu'au sein de la famille. Ils semblent avoir des difficultés dans les relations sociales et à exprimer leurs émotions, notamment face à des situations stressantes. Ils n'ont en général pas de problème d'addiction et n'ont pas subi de maltraitance durant leur enfance. La fréquence des passages à l'acte reste faible.

2) **borderline-batterer :** pour ces hommes la violence est exercée dans un but de contrôle et de pouvoir. Ils présentent une personnalité instable, ils sont envahis par des angoisses massives ainsi que de la dépression, ils sont très dépendants de leur relation. Ils ont souvent des problèmes d'alcool et de drogue. Ils peuvent se montrer violents en dehors de la famille et approuvent l'utilisation de celle-ci comme stratégie de résolution des conflits. Les caractéristiques liées à cette catégorie semblent très proches de ce que les auteurs et professionnels constatent concernant la personnalité des auteurs de violence conjugale.

3) **anti-social-batterrer :** ces hommes sont généralement violents et antisociaux et leurs passages à l'acte sont nombreux dans tous les milieux de vie. Ils sont souvent hostiles envers les femmes et ils peuvent être très manipulateurs. Les capacités d'empathie et les compétences sociales leur font défaut. Ils sont aussi sujets à toutes sortes d'excès, notamment aux drogues et à l'alcool. Ils ont, pour la plupart d'entre eux, été victimes de violence durant leur enfance. Les hommes appartenant à cette catégorie sont dans l'incapacité de se mettre à la place de l'autre, « de faire couple ».

B) Les caractéristiques des femmes victimes de violence :

Les profils qui ont été observés chez les hommes violents, ne sont pas transposables pour les femmes auteures de violence conjugale. A l'heure actuelle aucune recherche, à notre connaissance, n'a été menée sur la personnalité des femmes auteurs de violence conjugale, néanmoins certaines études relèves quelques points communs :

- Comme pour les hommes, les femmes ayant vécu la violence durant l'enfance constituent un facteur de vulnérabilité important, plusieurs études (Burquier, Hofner, Romain & Mangin, 2009 ; Thompson, Arias, Basile, & Desai, 2002) font état d'une reproduction du modèle de couple que formaient les parents, comme mécanisme de répétition dans la relation conjugale à l'âge adulte.
- Un niveau de tolérance élevé des femmes victimes de violence, qui la considère comme faisant partie intégrante de la vie conjugale et familiale. L'enquête de l'ENVEFF[21] indique que les femmes ayant subi de la maltraitance physique ou morale

[21]ENVEFF, Enquête Nationale sur la Violence Envers les Femmes en France, 2005.

au cours de l'enfance sont quatre fois plus à risque de connaître la violence à l'âge adulte (Hirigoyen, 2005).

- Une faible estime de soi et une tendance à la dépendance, à la suggestibilité, ainsi que des difficultés à prendre des décisions, à mener à terme des projets.

3.4. *L'exercice de la parentalité et violence conjugale :*

Pour faire le lien entre la parentalité et la violence conjugale, il faut définir le concept de la parentalité :

La parentalité se distingue de la parenté et il est important de faire cette distinction « la parenté » est fondamentalement un univers de liens généalogiques, à la fois biologique et social, entre des individus de même sexe ou de générations différentes qui se succèdent dans le temps (Godelier M 2004) par contre « la parentalité » définit un travail psychique original, et fait référence à un processus de création. Le travail psychique est entrepris par l'expérience du couple géniteur et par l'enfant lui-même

- Philipe Gutton (1996) définit la parentalité comme : « un ensemble de processus psychiques conscients et inconscients concernés par les expériences de parenté »
- Pour Lebovici, la parentalité est le produit de la parenté, le fruit de la parentalisation, « on ne naît pas parent, on le devient ». L'auteur rappelle la phrase de T.B, Brazelton (pédiatre américain) : « Madame, quand vous prenez votre enfant dans les bras, il fait de vous une mère en dix minutes » (Lebovici 2002)
- Selon Godelier, la parentalité serait conçue comme « un réseau, centré sur l'individu, en l'occurrence père ou mère et désigne un ensemble culturellement défini de conduites attendues et de fonctions comme : nourrir, éduquer, responsabiliser… » Les normes de ces conduites sont liées aux diverses positions de la parenté (père, mère, grands-parents…) et à ce que la société attend des parents.

La parentalité est donc un travail psychique de construction et de reconstruction, devenir parent provoquerait la nécessité implicite d'un travail continuel sur soi et implique des remaniements psychiques et organisationnels. Cette entreprise n'est pas chose facile, alors comment la parentalité se manifeste-elle dans le cadre de la violence conjugale ?

A) Chez l'agresseur : on observe un style de parentalité contrôlant/autoritaire, une tendance à instrumentaliser l'enfant, et à disqualifier sa partenaire en tant que mère. Seule une minorité est maltraitante envers les enfants.

B) Chez la victime : on observe un niveau de stress plus élevé que chez les autres mères, malgré leur fragilité, elles sont souvent surprotectrices. Le bien-être des enfants est un facteur majeur dans la décision de quitter ou de rester avec le partenaire violent. Seule une minorité est maltraitante et cela cesse dès qu'elles se sentent, elles et leurs enfants, en sécurité.

Donc la parentalité est mise à mal par le cadre imprévisible de la violence conjugale et par l'insécurité que connaît la vie familiale.

4) Les théories explicatives de la violence conjugale masculine :

Le phénomène de la violence conjugale pose depuis longtemps, un problème au niveau social et familial. L'ampleur des conséquences associées à cette problématique, justifie l'importance mise sur l'analyse de ses facteurs explicatifs. Plusieurs variables ont été mises en liaison avec le phénomène. L'étude de ce lien pourrait fournir un certain éclairage à ce paradoxe.

1) La théorie de la société patriarcale :

Dans les années 70, une nouvelle théorie fut avancée pour donner une explication à la violence conjugale. Pour répondre à la question de savoir pourquoi les hommes battent leurs femmes, les féministes se sont essentiellement intéressées à la domination masculine et au rôle du patriarcat. Pour les féministes, un homme est brutal car il trouve normal d'avoir le pouvoir et d'être le maître. Ces attitudes esclavagistes étaient nourries dans notre culture par l'éducation donnée aux garçons qui s'identifient au rôle de l'homme, leur donnant accès aux " privilèges du mâle "

La société patriarcale prépare les hommes à occuper un rôle dominant : ils apprennent à exercer ce privilège par la force et si nécessaire par la violence. Dès lors, les actes de violence à l'égard des femmes semblent tolérés socialement, perpétrés non par des malades mentaux mais par des hommes qui croient sincèrement que le patriarcat leur donne un droit de contrôle absolu sur leur épouse et leurs filles. En fait, la violence maintient un statut qui permet aux hommes de rester au sommet de la hiérarchie des pouvoirs. " Les hommes qui frappent leurs femmes suivent des préceptes culturels particulièrement appréciés dans la société occidentale. Pour eux, la force physique est un moyen de faire respecter cette domination " (Dobash, & Dobash, 1979).

2) La théorie de l`apprentissage sexué :

Une des causes de la violence conjugale, tient à la façon d'éduquer garçons et filles et à l'élaboration de la notion de masculinité et de féminité. Les garçons sont orientés dès la petite enfance vers des comportements d'affirmation de soi et d'agressivité. Les jeunes filles sont préparées dès la petite enfance vers la souplesse de caractère, la conciliation et à éviter les conflits, au service d'autrui. Ces inclinations du corps et de l'esprit préparent les rôles d'agresseur et de victime (Mischel 1970).

Afin de justifier le comportement masculin et féminin et la répartition sexuée des tâches qui leur est imposée, les moralistes les ont déclarées comme étant innées ou naturelles. Les derniers travaux sur le sujet démontrent que la totalité de nos comportements sexués nous sont inculqués par l'éducation.

3) La théorie de l'apprentissage social :

Cette théorie étudie comment des actes relativement courants qui s'acquièrent par l'observation des autres et comment ils sont entretenus par des " bénéfices sociaux " qu'on appelle " récompense ". C'est la théorie la plus citée dans la problématique des enfants exposés à la violence conjugale. Les tenants de cette théorie (Bandura 1980) examinent les modes d'apprentissage propres à chacun afin de découvrir à quelles occasions l'individu a pu observer des actions qui lui ont servi de modèle. Donc la première caractéristique est basée sur l'influence mutuelle, car Bandura considère que le sujet influence son environnement et réciproquement. Elle suppose que les hommes violents à l'égard de leur partenaire copient ou reproduisent la violence observée dans leur propre famille. Des recherches ont démontré que les hommes qui furent témoins de scènes de violence entre leurs parents, risquent davantage d'user de violence contre leur conjoint.

De plus, il existe des " récompenses " immédiates à la violence physique, les hommes l'emportent dans des affrontements qui auraient pu tourner à leur désavantage. Confrontés à ce qu'ils ressentent comme la supériorité verbale ou la plus grande sensibilité de leur conjoint, ils se replient sur leur avantage le plus évident : la supériorité physique. En somme ils se sentent acteurs, c'est-à-dire qu'ils jouent et contrôlent la situation comme les " vrais " hommes doivent le faire. Donc l'apprentissage indirect constitue la seconde caractéristique de ce modèle, il s'agit d'observer les résultats des actions des autres, afin de pouvoir tirer les conséquences de ces actions.

Cette théorie est intéressante parce qu'elle prend en compte les variations individuelles des comportements, ce qui représente un avantage. Cependant l'apprentissage par l'observation ne conduit pas à la violence de façon linéaire, l'agression d'un des parents sur l'autre peut accroître la violence et l'angoisse de se transformer en victime. Dans d'autres cas, l'enfant exposé se construit en opposition au modèle qui lui a été proposé. Il se passe donc quelque chose de plus complexe que la simple reproduction d'actes marquants. Les hommes violents traversent de profondes dépressions, comme la jalousie et subissent des accès de rage disproportionnés dans leur vie privée. C'est une perturbation plus profonde et plus envahissante. Notons que le fait d'être exposé à la violence, augmente les risques de devenir violent à son tour.

4) La théorie biologique :

Le courant neurologique attribue à la violence une perturbation du système limbique (siège des émotions). Frank Elliot, psychiatre américain, un des tenants les plus convaincus de cette théorie, pense que la violence est provoquée par une décharge électrique incontrôlée dans le lobe temporal. Elle pourrait trouver son origine dans un traumatisme précoce du cerveau, comme une asphyxie temporaire au cours de l'accouchement ou de la prime enfance. Il croit également que des désordres métaboliques comme l'hypoglycémie peuvent aussi déclencher la violence conjugale.

Du point de vue génétique, le développement de la sociobiologie, dans les années 70, considère la violence conjugale comme une stratégie masculine pour dominer la femme afin

de se garantir l'exclusivité de la reproduction et des relations sexuelles. A leurs yeux, un homme frappe sa femme pour satisfaire un impératif biologique et pour que ses gênes soient transmises à la génération suivante. La jalousie masculine disproportionnée qui accompagne les brutalités prend ses racines dans l'incertitude de l'homme face à sa contribution au patrimoine héréditaire qui serait en revanche assuré en certitude par les femmes. La mère est toujours réelle, le père n'est que putatif.

5) La théorie de l'attachement :

La théorie de l'attachement a été appliquée à la relation conjugale vers la fin des années 1980 (Hazan & Shaver, 1987).Selon les auteurs, la qualité de la relation qui existe entre un enfant et son donneur de soin, a des conséquences majeures aux différents niveaux de son développement et par conséquent, sur son fonctionnement psychologique à l'âge adulte. Cette relation privilégiée permet à l'enfant de se construire des « modèles internes » de lui-même, des autres et de lui en relation avec les autres, qui influenceront le développement de sa personnalité et le mode relationnel qu'il adoptera avec les personnes de son entourage (Bowlby 1982).

Les chercheurs ont observé que la relation amoureuse partage plusieurs éléments fondamentaux avec la relation enfant-parent (par exemple, un sentiment de sécurité lorsque l'autre est accessible et répond adéquatement à ses besoins, l'importance des contacts physiques et un sentiment d'insécurité lorsque l'autre est inaccessible ou disparaît subitement (Hazan & Shaver, 1994). Ils ont donc proposé que la figure d'attachement principale se transpose, des parents durant l'enfance, au partenaire amoureux à l'âge adulte. La théorie de l'attachement montre que la qualité de la relation de couple est affectée par l'histoire relationnelle de chaque conjoint. Plus précisément, la répétition des expériences d'interactions comportementales avec des figures d'attachement mène à la formation de représentations de soi, des autres et des relations interpersonnelles. Ces dernières guident les attentes, les besoins, les réactions et les comportements à l'intérieur de la relation conjugale, mais lorsque la qualité relationnelle est perturbée par des comportements maltraitants de la part du donneur de soin, le fonctionnement psychologique qui englobe les différents stades du développement et les modèles internes sont affectés. Le dysfonctionnement psychologique inclut des difficultés de régulation émotionnelle, des distorsions socio cognitives et des problèmes de santé mentale comme la dépression et l'état de stress post traumatique (PTSD).

La théorie de l'attachement tente d'expliquer la violence conjugale en termes de styles d'attachement, en s'appuyant sur la théorie originale développée par Bowlby dans le cadre de ses études et recherches sur la relation mère-enfant, sur les styles d'attachement dans les relations amoureuses à l'âge adulte et a pu démontrer l'existence d'un lien entre style d'attachement à l'enfance et style d'attachement amoureux à l'âge adulte.

- ***Les styles d'attachement*** :

L'attachement sécurisé : caractérisé par une aisance par rapport à l'intimité. Une autonomie dans les relations intimes et une capacité à résoudre de manière constructive les conflits.

L'attachement rejetant (détaché) : caractérisé par une distanciation dans les relations intimes. Une autonomie compulsive et une minimisation défensive de l'importance des relations intimes.

L'attachement craintif : caractérisé par un évitement de l'intimité dû à la peur d'être rejeté : une faible estime de soi et des besoins contradictoires d'attachement à l'autre.

L'attachement préoccupé : caractérisé par une sur-implication dans les relations intimes : une dépendance excessive à autrui et une faible estime de soi. Dutton, Saunders, Starzomski et Bartholomew (1994) se sont intéressés à l'association entre violence masculine en contexte conjugal et styles d'attachement et ont pu constater que les conjoints violents présentaient des styles d'attachement de type préoccupé ou craintif.

- ***Les interactions parentales ;***

Donald G. Dutton (1996) envisage la violence conjugale comme la conséquence d'une multitude d'éléments qui fondent la personnalité qui s'enracine à un stade précoce du développement. Le chercheur remonte jusque dans lors des premiers attachements et il découvrit combien les épreuves précoces influent les aspects de la personnalité. Il a constaté que les ressorts psychologiques de la violence se mettent en place très tôt dans la vie et que le développement d'une personnalité violentée est un processus progressif qui se prolonge des années durant. Ses constatations l'amenèrent à étudier les premières interactions entre l'enfant (que l'homme violent avait été) et ses parents.

A) Interactions avec le père ;

Quand les hommes violents parlent de leur père, ils décrivent un homme froid, distant et brutal. Les humiliations subies dans l'enfance se sont révélées clairement dans les recherches de Dutton. Les hommes qui brutalisent leurs femmes, ont connu l'humiliation, le malaise, la honte et des attaques plus générales de leur intégrité (humiliations en public …).

Le moi de l'enfant est directement atteint dans son intimité. L'humiliation attaque le sujet dans sa globalité et peut même provoquer chez l'enfant un sentiment de honte. Les humiliations infligées par un père à son enfant sont la pire chose qui puisse lui arriver. Inconsciemment, elles continuent à humilier cet homme et leurs blessures se ravivent à la moindre occasion. La honte engendre chez l'individu un sentiment de vulnérabilité, malheureusement, suite à ce sentiment de honte, l'homme riposte par la colère qui semble souvent disproportionnée. Il conjure ainsi un sentiment d'infériorité.

B) Interactions avec la mère ;

Il faut partir du principe que les relations d'un homme avec sa mère sont le deuxième élément clef dans l'évolution d'une personnalité. Les théories psychologiques sur les origines de la

colère nous font remonter jusqu'aux traumatismes précoces mère-nourrisson. Les sentiments de frustration, d'abandon, d'amour déçu, de peur, de rage, sont constitutifs de ces premiers exemples et s'inscrivent de façon indélébile dans le mental des nourrissons, destinés à devenir des hommes violents.

Dutton (1996) s'est inspiré des travaux de Mary Ainsworth pour étayer sa théorie sur les origines de la violence. Il est convaincu que le comportement angoissé-ambivalent, développé par un certain type d'enfants lors d'une brève séparation avec la mère, est lié au comportement violent chez l'adulte. Ces enfants s'accrochent à leur mère et s'ils en sont séparés, ils pleurent sans répit. Au retour de la mère, l'enfant recherche sa proximité tout en se cabrant pour la rejeter. Dans ce cas, leur mère est souvent instable et peu sûre d'elle dans la façon de s'occuper de son enfant. A la suite de quelques tests afin de corroborer son intuition, il découvre que les hommes violents évoquent une mère à la fois chaleureuse et distante. Cela ressemble fort à une contradiction, mais démontre l'ambivalence de la relation que ces hommes entretiennent avec leur mère. En effet, ils ont appris à l'aimer parce qu'elle pouvait satisfaire leurs désirs mais en même temps, ils ont constaté qu'elle pouvait s'absenter, se montrer indisponible ou les repousser.

Donc les hommes qui rencontrent des problèmes d'attachement dans leur prime enfance souffrent plus tard d'angoisse dans leurs relations intimes. Leur excitation et leur colère sont liées à leur mode d'attachement originel : c'est ce qui explique pourquoi les hommes violents ont un besoin exagéré de contrôler leurs femmes. Pour les mêmes raisons, ils ont du mal à établir les bases d'une vie sociale qui pourrait leur venir en aide, une vie fondée sur la solitude trouve souvent son origine dans les leçons rapidement tirées dans la prime enfance sur l'inconstance affective d'autrui.

5) *Les conséquences de la violence conjugale sur les femmes victimes*

Plusieurs études ont démontré que les victimes de violence conjugale ont, de manière générale, un moins bon état de santé que d'autres femmes (Henrion, 2001 ; Hotch, Grunfeld, Mackay & Cowan, 1995 ; Thomas &al. 2000)

A) *Les conséquences physiques :*

La violence conjugale est souvent physique, le corps est attaqué mais même lorsque la violence est psychologique, le corps en vient à parler. C'est pourquoi, les conséquences physiques ont une ampleur importante. Pour L'OMS, les femmes victimes de violence conjugale perdraient une à quatre années de vie en bonne santé et la prise en charge de ces femmes coûterait deux fois et demie plus chère à la société que celles des autres femmes (2002).

Dans l'étude de Hotch et al. (1995), menée dans un service d'urgence, la majorité des lésions serait due à des coups portés à main nue et non avec des armes, la localisation des lésions est également relativement variable mais touche principalement le visage, le crâne, le cou, les extrémités, mais beaucoup de blessures peuvent être cachées par les vêtements (Thomas & al.,

2000).Par ailleurs, l'apparition de maladies chroniques qui contraignent à la prise d'un traitement régulier est susceptible d'être aggravée en raison des violences. En effet, des pathologies telles que l'asthme, le diabète ou encore les problèmes cardiaques demandent une continuité dans la prise de médicaments et dans le suivi médical, auprès d'un médecin.

Toutefois, les consultations et le suivi peuvent être empêchés par un état de santé très détérioré, une grande dépression ainsi que le contrôle et l'interdiction imposés par le conjoint violent, qui surveille les faits et gestes de sa femme. Les coups assénés ne sont jamais isolés et vont de pair avec la violence psychologique, les insultes, les menaces et un contrôle excessif de la vie de l'autre.

B) Les conséquences psychologiques

La violence psychologique au sein du couple, accompagne souvent la violence physique, afin de détruire et de déposséder la victime d'elle-même, au moyen de l'emprise. En arrivant à convaincre la victime qu'elle n'est rien sans lui, en la dégradant, l'humiliant ou l'insultant, l'auteur parvient à se rendre indispensable à sa conjointe. Ces victimes sont dans un état de crainte, d'angoisse et de peur. La continuité de cette tension durant une longue période, parfois des années, peut entraîner divers troubles psychologiques ou psychiatriques. Post, Willet et Francks (1980) ont repéré que, dans un hôpital psychiatrique nord-américain, la moitié des femmes hospitalisées avait été victime de violence conjugale. Ces troubles peuvent être à la fois d'ordre émotionnels (manifestations phobiques, anxiété, colère, culpabilité), troubles psychosomatiques (céphalées, difficultés à respirer, troubles digestifs), troubles du sommeil (cauchemars, difficultés à s'endormir) ou encore des troubles cognitifs (difficultés d'attention, perte de mémoire).Les dépressions sont aussi massives chez les femmes victimes de violence conjugale, caractérisées principalement par une faible estime de soi, un repli sur soi et des idées suicidaires. Ces symptômes sont directement liés à l'emprise exercée par le partenaire et par le sentiment d'impossibilité à s'en sortir. De plus, l'usage de substances psychoactives est assez courant chez ces victimes. 10% des femmes abuseraient de drogues et de médicaments prescrits par leur médecin .Ces excès peuvent s'expliquer par une volonté de se soustraire de la réalité qui leur est insupportable. (Stark & Flitcraft, 1988).

D'après Stark et Flitcraft : « on estime que les femmes victimes de violence domestique effectuent cinq fois plus de tentatives de suicides que dans la population générale. »

Selon l'enquête ENVEFF (2000), 50% des femmes victimes de violence conjugale seraient en proie à des dépressions. Parsons, Zaccaro, Wells et Stovall (1995) notent également que les femmes victimes de violence conjugale sont cinq fois plus à risque de faire des tentatives de suicide que la population générale.

- ***Le traumatisme psychique : le PTSD***

La violence conjugale est une des causes importantes d'état de stress post-traumatique et de bon nombre d'autres réactions post-traumatiques. Aux Etats-Unis, 20% des femmes qui se présentent à l'urgence pour des blessures physiques, sont victimes de leur conjoint. Toujours aux Etats-Unis, 52% des femmes assassinées ont été victimes de leur conjoint. Selon plusieurs

recherches (Austin, 2001) les femmes victimes de violence conjugale présenteraient tous les signes du syndrome de stress post-traumatique (entre 46% et 58% des femmes victimes). La situation de violence conjugale conduit à une hyper vigilance de la femme qui craint les nouveaux passages à l'acte et qui vit continuellement dans cette angoisse.

Les répercussions de la violence au sein du couple sont massives sur le plan physique et sur le plan psychologique. Celles-ci dépendent aussi de la gravité des violences subies dès le plus jeune âge et de leur accumulation. La crainte de parler et de ne pas être crue plonge les victimes dans un grand isolement et bien souvent l'entourage et les professionnels se demandent pourquoi la victime n'est pas partie avant et comment a-t-elle pu se laisser faire.

6) Les interventions auprès des victimes et des auteurs de violence conjugale

6.1.Auprès des auteurs de violence conjugale :

En Algérie, les dispositifs d'interventions auprès des auteurs de violence conjugale restent quasi inexistants. Leur absence témoigne d'un manque de connaissances et d'outils face à ce phénomène, mais questionne également sur qui doit assumer cette responsabilité de prise en charge.

Au Québec, Lavergne (1998) note que la première des réponses offertes aux auteurs de violence conjugale fut une réponse socio-judiciaire. Les premiers services offerts à ces hommes consistaient principalement à les responsabiliser pour que les violences cessent. L'intervention sociale pouvait être complémentaire mais signifie, pour Turcotte et Bernard (2008), la culpabilisation. L'objectif principal étant de contribuer à la protection des victimes. Le Québec a ensuite réévalué ses pratiques en centrant ses interventions sur la collaboration de l'auteur avec le thérapeute, c'est-à-dire en l'impliquant dans le processus thérapeutique. Les interventions axent alors sur le vécu des hommes qui entreprennent une démarche pour cesser la violence conjugale et qui ont le désir de changer .

Il est important de noter que, dans ce pays, existent des centres d'aide aux hommes qui ont des comportements violents et de plus en plus d'actions sont menées en faveur de la prévention de la violence conjugale. Divers programmes tentent d'identifier les hommes vulnérables notamment en raison de changements soudains (perte d'emploi, séparation…) qui présentent des risques de violence envers les autres et envers eux-mêmes (A cœur d'homme, 2003). D'autres programmes visent à créer des groupes d'entraide pour les hommes ou des actions de sensibilisation auprès de jeunes adolescents masculins. Ainsi, Turcotte et Bernard (2008) mettent en évidence que l'expérience thérapeutique des groupes d'hommes constitue plus qu'un changement personnel et individuel et s'inscrit dans un processus de changement social par la remise en question des normes identitaires et comportementales de la masculinité.

6.2. Auprès des victimes de violence conjugales :

Le mouvement féministe a largement contribué à la reconnaissance de la violence conjugale et à la création de ressources d'aides pour les femmes victimes, comme les centres

d'hébergement et les associations, qui sont les principaux organismes qui mettent en place des prises en charge pour les femmes victimes.

Dans ce cadre, les services offerts par ces structures sont généralement de trois types :

1) Le premier volet consiste à répondre aux besoins des femmes hébergées : logement, nourriture, intervention psychosociale auprès des femmes et parfois des enfants, consolidation de la relation mère-enfant, accompagnement de la femme dans ses démarches administratives ou judiciaires ou encore protection contre le conjoint.
2) Le second type de service concerne les femmes qui sont externes à la structure comme les consultations sur rendez-vous ou par téléphone, les suivis, l'accompagnement, le renseignement, notamment pour les femmes qui vivent encore au domicile.
3) Le dernier volet consiste, pour ces organismes, à mener des actions de sensibilisation auprès d'un public tout-venant et de professionnels sur la problématique de la violence conjugale.

Quel que soit le type d'organisme, l'approche est très souvent féministe et préconise la réduction des tensions vécues par la femme violentée, le soutien de ses décisions, l'aide à la reconquête de l'estime de soi, de son autonomie et de diminuer les comportements de victimes (Rinfret-Raynor, Pâquet-Deehy, Larouche & Cantin, 1992).

- La notion d'empowerment est au cœur de cette approche. Il s'agit du « processus par lequel une personne acquiert le sentiment qu'elle peut exercer un plus grand contrôle sur sa réalité par des actions concrètes dans des conditions de vie invalidantes : le résultat d'un tel processus est l'augmentation des sentiments d'estime de soi, d'efficacité, de contrôle, ou de pouvoir sur le plan individuel, organisationnel et communautaire » (Lessard & Chamberland, 2009). L'empowerment implique un processus de dé-victimisation .L'étude de Damant, Paquet, Bélanger (2001) met ainsi en évidence trois phases de ce processus : les femmes violentées ressentent, dans un premier temps, un déficit de pouvoir par rapport au conjoint, puis elles prennent conscience de la violence qu'elles ont subie et finalement, elles regagnent du pouvoir. Par conséquent, les interventions proposées aux femmes victimes doivent privilégier la question du pouvoir afin de lutter contre la victimisation des femmes violentées.

Des groupes de parentalité pour les victimes peuvent être proposé afin d'améliorer la relation mère-enfant, diminuer le niveau de stress chez la mère, améliorer aussi l'image de soi et diminuer l'utilisation de modes de discipline inadaptés ou violents (Karen saldier, 2010).

Pour le traitement du PTSD et chez l'adulte huit grandes classes de psychothérapie ont été évalué : Il s'agit des thérapies comportementales et cognitives (TCC), de la thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par stimulation bilatérale alternée (EMDR), thérapie de groupe, thérapie psycho dynamique, de la réhabilitation psycho sociale, de l'hypnose, des thérapies familiales et de couple

Synthèse

Aujourd'hui la violence conjugale est un problème de santé publique, on a abordé les théories explicatives et nous pensons qu'une seule théorie ne saurait à elle seule expliquer ce fléau. De nos jours une femme sur 3 aurait au cours de sa vie, été victime de violence conjugale et une femme meurt tous les trois jours sous les coups de son mari (en Occident). Malgré une progressive reconnaissance au niveau politique, juridique et social, la violence conjugale reste certainement sous-estimée.

Nous relevons que la violence conjugale est multiforme, ce qui la rend parfois difficile à prouver auprès des autorités. Elle dure souvent depuis plusieurs années avant que les victimes n'osent en parler et arrivent à s'extraire de la relation d'emprise d'avec le mari violent. Cependant la connaissance du caractère cyclique de la violence conjugale est essentielle pour comprendre les comportements des victimes et des auteurs et appréhender leur fonctionnement et la dynamique dans laquelle ils sont prisonniers. Cette représentation apporte des éléments supplémentaires d'analyse sur la question suivante : pourquoi la victime reste-elle avec le mari violent ? Il est évident que c'est la peur de la violence, l'inquiétude face aux menaces, qui terrorise littéralement la victime, dans d'autres cas, plus psychologiques et plus subtiles, c'est l'ambivalence de la victime à témoigner, car le sujet violent peut alterner des moments de violence, de dénigrement, et d'autres où il s'excuse et fait des cadeaux compensateurs. Il y a donc une difficulté à être lucide, un temps nécessaire pour prendre conscience de ce qui se joue.

Comprendre les facteurs prédisposant à la violence est aussi essentiel pour comprendre la dynamique du couple et dissoudre la violence. La combinaison de différents facteurs tels que le comportement humiliant du père, l'attachement à une mère peu disponible, la distribution sexuée des rôles au cours de l'apprentissage social, combiné à une société patriarcale, sont des facteurs prédisposant à la violence. Dutton semble persuadé que la violence conjugale trouve sa source dans un sentiment d'impuissance profondément enraciné qui remonte à la prime enfance : face à un père humiliant, absent ou peu affectueux, l'enfant se voit abandonné à la mère qui n'est pas toujours disponible et qu'il perçoit comme toute puissante. Même s'il convient d'admettre que les inégalités socio-économiques sont des facteurs aggravants, notamment le chômage, la violence faite aux femmes sévit dans toutes les catégories sociales, économiques et culturelles, en milieu urbain ou rural et ce, quel que soit le contexte éducatif ou religieux. Toutes les catégories socio-économiques et culturelles sont concernées.

La caractéristique de la femme victime de violences conjugales est sa capacité à osciller d'un état à l'autre, elle peut prendre conscience de la réalité, consulter et porter plainte, comme elle peut être dans le déni, pour se protéger de la culpabilité, car elle se sent responsable de ce qui lui arrive. En effet, elle minimise les actes de son conjoint, lui attribue des excuses et l'idéalise même. Elle fait donc durer le lien, car mettre un terme à la relation conjugale est un échec souvent mal toléré. La femme devient ainsi selon Simone Korff-Sausse (2003) « une victime complice » car elle nourrit l'espoir secret de « guérir » son mari. Si la femme est dans cette capacité du déni, c'est également parce qu'elle n'a plus aucune estime d'elle-même. Ainsi, pour se protéger, elle recourt à des mécanismes qui atténuent la conscience de la violence qui

est faite à elle et à ses enfants .Ces processus psychiques donnent lieu à des mécanismes de déni. On pense qu'il est important de reconnaitre le statut de victime concernant ces femmes, tout en reconnaissant leurs expériences traumatiques, cela suggère que l'auteur de la violence doit être puni si les faits sont avérés et pris en charge aussi. Cette partie nous permet de mieux appréhender le phénomène de la violence conjugale ainsi que son ampleur, afin de nous questionner à présent sur l'enfant qui est exposé à cette violence et sur les effets que celle-ci peut engendrer chez lui.

Chapitre 3

Enfants exposés

Enfants victimes

« Quand les éléphants se battent, c'est l'herbe qui souffre »

Proverbe africain

1)Le concept d'enfant exposé à la violence conjugale

1.1. Les mots pour le dire :

Plusieurs auteurs utilisent les termes de « témoin », « victime » ou « exposé » pour désigner l'enfant qui grandit dans un foyer où les parents sont aux prises avec la violence conjugale.

A) ***Le mot témoin*** sous-entend être témoin oculaire de la scène violente, ce qui n'est pas toujours le cas, car l'enfant peut être traumatisé par un ensemble de manifestations associées à la violence, comme les cris, les coups... Ou constater la violence sur sa mère comme des traces de coup, de blessures, des pleurs… (C.F Lessard, Paradis. F 2003). L'enfant est donc acteur dans cette situation de violence, il n'est pas que témoin passif

B) ***Le mot victime*** ou « Co-victime ». Ce terme est fréquemment utilisé, (Vasselier-Novelli, Delage, Danel & Heim 2014). Il assure une reconnaissance et une légitimité de tous au regard du vécu de l'enfant. Il fait davantage référence à un statut juridique, à une reconnaissance d'un préjudice et surtout sur la réparation qui doit s'en suivre. Or, l'Algérie comme de nombreux pays ne reconnaît pas encore, dans ses textes officiels, le fait d'être en danger lorsqu'un enfant est exposé à la violence conjugale. Ce faisant, l'enfant vivant dans ce contexte n'est pas considéré comme victime à l'égard de la justice et l'emploi de ce terme ne définit pas toute la situation.

C) ***Le mot exposé :*** historiquement l'expression « exposer un enfant » signifiait avant le XIVème siècle « l'abandonner dans un lieu écarté ou désert » puis à l'époque classique « le laisser sous la menace » (Le Robert 2006)

Comme de nombreux auteurs (Holden et coll., 1998, Marlies Sudermann et Peter Jaffe, 1999), nous préférons utiliser le mot "exposé" parce qu'il englobe le fait d'observer les effets de la violence conjugale, de vivre dans la terreur et renvoie à une certaine activité chez l'enfant. A travers ce terme la souffrance de ses enfants est admise et rendue visible.

- ***1.2. Que signifie l'exposition à la violence conjugale ? :***

Tout d'abord était considéré comme enfant exposé à la violence conjugale, celui qui se trouve être témoin direct lors des violences, puis cela a évolué vers celui qui est témoin direct ou indirect et qui constate les traces de violence sur la victime (Lessard Paradis 2003). En effet, la notion d'enfant exposé s'est progressivement imposée pour définir les enfants qui subissent la violence au sein du couple parental. Cette notion ne relève pas seulement du fait d'être témoin c'est-à-dire d'entendre ou de voir certaines scènes de violence, mais renvoie au fait que l'enfant peut être potentiellement affecté par cette situation de violence et se sentir menacé quand elle advient en sa présence ou en son absence. L'état émotionnel des parents, suite aux actes violents, tels que la mère qui pleure, qui est blessée ou qui se confie à l'enfant ou le père tendu, qui quitte la maison, sont autant d'éléments qui vont bouleverser l'enfant

(Lessard & Paradis, 2003). Enfin, l'exposition à la violence conjugale renvoie aussi au fait de ne pas être protégé et d'être soumis à une menace imprévisible. Selon Cunningham et Baker (2007), un enfant exposé à la violence conjugale est un enfant qui « voit, entend ou se fait raconter un acte de violence conjugale et de contrôle excessif envers un parent ou en voit les conséquences, les enfants peuvent être témoins auditifs ou oculaires de la violence conjugale, y être directement impliqués où être confrontés aux conséquences de celle-ci "

L'exposition à la violence conjugale, survient donc quand l'enfant est directement ou indirectement exposé, en effet la notion d'exposition couvre plusieurs réalités :

- Quand l'enfant est physiquement présent et observe la violence, il est témoin oculaire de la violence exercée envers sa mère.
- Quand l'enfant entend des paroles ou les échanges violents dans la maison.
- Quand l'enfant est absent et constate par la suite, les traces laissées par la violence sur sa mère. Il vit avec les conséquences de la violence sans qu'il ait vu ou entendu la scène de violence. Par exemple lorsqu'il a constaté que sa mère est blessée, qu'elle pleure et qu'elle lui raconte ce qui est arrivé et dit vouloir quitter la maison, ou encore par une visite des policiers

Ces formes d'exposition peuvent être vécues en concurrence et peuvent changer ou évoluer en gravité avec le temps. Notons que pour certains enfants, l'exposition à la violence conjugale est vécue conjointement avec d'autres formes de maltraitance (Bourassa, 2007).

1) *Le développement affectif de l'enfant âgé de 6 à 12 ans*

Le développement de l'être humain est complexe puisque la croissance touche différents aspects de la personnalité. L'aspect social et émotif impactent à la fois le développement intellectuel, physique et psychologique. Pour l'enfant qui est un être en voie de maturation physique et psychologique, le développement subit l'influence du statut socioéconomique, du culturel et de son milieu familial et repose sur des données quantitatives (croissance pondérale, évolution staturale, enrichissement du vocabulaire) et qualitatives qui évoluent avec le temps, c'est plus complexe, car si le développement se présente comme un processus ininterrompu, son rythme n'est pas uniforme et continu.

Mais qu'est-ce que le développement ? Selon Mazet et Houzel (1999), c'est « un processus qui fait passer l'enfant de l'état de nourrisson vagissant à l'état adulte ». Le développement est une opération active dans laquelle se distingue le comportement, les capacités motrices, cognitives et sociales. Les informations ne sont pas juste stockées, mais intégrées les unes aux autres. Chaque étape a un sens méthodologique qui permet la compréhension des acquisitions de l'enfant, leur organisation et leur classement. L'aspect homogène est relatif car il n'y a pas d'égalité en matière de développement, on peut observer un développement lent dans un domaine et rapide dans un autre (B. Moutassem-Mimouni 2010).

L’apparition de la psychologie du développement a largement contribué à reconnaitre à l’enfant un développement au niveau cognitif notamment et une vie psychique spécifique. Cela a permis de prendre en considération l'importance de ses conditions de vie et d'éducation. La prise en compte de la dimension affective dans le développement de l'enfant et du nourrisson est une donnée très récente. Au sortir de la première guerre mondiale, Spitz (1945) définit le syndrome de dépression anaclitique, ou hospitalisme. On croyait à l'époque qu'il suffisait au nourrisson de bénéficier des soins de base pour se développer. Spitz a établi pour la première fois l'importance du lien affectif à l'enfant et ce dès la naissance, pour son bon développement (Dumont, Dunezat, le Dez-Alexandre et Prouf, 2004).

Vient ensuite la théorie de l'attachement de Bowlby (1988) et les expérimentations d'Ainsworth dans les années 60-70 (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). Ces auteurs mettent en évidence l'existence de différents modes d'attachement de l'enfant à sa mère, modes d'attachement qui dépendent de la capacité de la mère à répondre aux besoins et aux angoisses de l'enfant. Les études ultérieures ont ensuite mis l'accent sur l'importance de ces modes d'attachement dans la vie psychique de l'individu. Thompson (2008) montre par exemple qu'un mode d'attachement sécurisé serait annonciateur du bon développement social et émotionnel de l'individu.

En psychologie de l’enfant et de l’adolescent on trouve quatre théories de développement prédominantes :

- Les étapes élaborées par S. Freud qui tourne autour de la libido et de l’affectivité (stade oral, anal, phallique, latence, adolescence)
- Les étapes élaborées par J. Piaget, qui concerne le développement de l’intelligence et de la connaissance
- Les étapes de H. Wallon et de Gesell qui ont plus élaboré les stades du développement de la personnalité

L’enfant de 6 à 12 ans

De 6 à 12 ans, l’enfant grandit, sa taille croit, il apprend de nouvelles techniques, il développe l’acquisition des concepts, etc. Ces années sont davantage une période de consolidation des nombreux aspects de la personnalité plutôt qu’une succession d’acquisitions nouvelles. Les relations avec les pairs prennent beaucoup d’importance, il développe les pensées pragmatiques et les pensées formelles. Vers l’âge de 6 ans, l’essentiel du développement affectif est acquis et les nouvelles expériences (vie en groupe, adolescence), vont s’élaborer sur le schéma des relations vécues auparavant au sein de la famille. L’enfant est prêt à affronter la scolarité, à plus investir son énergie dans le domaine intellectuel. Si l’affectivité est moins prégnante qu’auparavant, elle constitue tout de même le soubassement de la personnalité.

- A 6 ans, après la phase d’équilibre de 5 ans, l’enfant manque d’intégration à son milieu et révèle peu d’aptitude à nuancer sa façon d’être. Il est impulsif, non

différencié, inconstant, autoritaire, excitable et vit comme le centre de son propre monde.

- A 7 ans, l'enfant retrouve l'équilibre entre ses dispositions internes et les exigences de son milieu. C'est un âge d'assimilation, les périodes de rêveries se multiplient, l'enfant est introverti, il s'autocritique souvent et manque souvent de confiance en soi, il devient néanmoins persévérant, ses relations gagnent en profondeur car il a de plus en plus conscience des autres et de soi.
- A 8 ans, c'est l'âge d'un nouveau mouvement d'expansion vers un niveau de maturité supérieur, c'est aussi l'âge de la socialisation. L'enfant s'extériorise plus et présente certaines caractéristiques comme la rapidité, l'appréciation…Il a le sens de lui-même, et de ses droits, son esprit est ouvert et curieux, il est souvent euphorique. A cet âge, l'enfant commence à avoir conscience de sa propre mort et ne croit plus à la fiabilité totale des parents et des adultes en général.
- A 9 ans, l'enfant se caractérise par son réalisme, son bon sens, sa possibilité d'agir sans chercher de motifs ailleurs qu'en lui-même, il désire améliorer ses aptitudes et est capable de critique sociale et d'auto critique. L'enfant préfère être avec ses pairs et élaborer des projets, plutôt que de jouer.
- A 10 ans, l'enfant comprend les idées de justice sociale, il peut se trouver un idéal, manifester un culte pour une personne. Il développe le sens de la solidarité, avec les amis et partage des secrets auxquels il accorde une grande importance. Les filles ont d'avantage conscience des relations sociales que les garçons, conscience aussi de leur personne, de leurs vêtements de leurs apparences, mais elles s'intéressent aussi plus que les garçons à la vie familiale (Gesell 1976).
- A 11 ans, l'enfant est avide de connaissances, sa capacité de concentration est accrue, ardeur et enthousiasme sont fréquents, les émotions atteignent des points culminants d'intensité, il a de beaucoup d'énergie, toujours attaché à la famille, l'enfant se comporte d'une façon exagérée dans les discussions, dans ses réponses et tous ses bouleversements marquent l'éveil de l'adolescence (Gesell).
- A 12 ans, l'enfant ou pré adolescent, redevient de meilleure compagnie, il est prédisposé à se montrer positif et enthousiaste plutôt que négatif et réticent. Il est moins naïf, dans ses relations sociales, les traits dominants de cet âge sont sagesse, tolérance, humour, enthousiasme, initiative, empathie et intuition de soi.

Ce n'est qu'en 1989 qu'est née la Convention Internationale des Droits de l'Enfant qui reconnait et énumère les droits de l'enfant et donc le reconnaît en tant que sujet de droit. Compte tenu du niveau de connaissance actuelle sur les conditions nécessaires au développement, on ne peut que s'interroger sur les conséquences sur le développement des conditions de vie de l'enfant exposé à la violence conjugale.

2) Les modèles explicatifs du développement socio-affectif de l'enfant en cas de violence conjugale :

L'enfant exposé à la violence conjugale se comporte parfois de façon difficilement intelligible pour les professionnels, certaines théories tentent d'analyser et d'expliquer son comportement et son développement socio-affectif.

3.1. Le modèle de l'apprentissage social selon Bandura (1980) :

Ce modèle est souvent utilisé pour expliquer l'apparition de conduites agressives chez l'enfant exposé à la violence conjugale et rendre compte de la transmission intergénérationnelle de cette violence. Sous l'influence de modèles puissants aux yeux de l'enfant comme le sont les parents, celui-ci serait conduit à imiter les conduites parentales violentes, à reconnaitre la valeur instrumentale de la violence et en justifier le recours (Calmus 1984). Cette acquisition de nouveaux comportements s'acquiert en interaction entre l'environnement et les caractéristiques de l'individu. Pour cela, plusieurs facteurs sont à l'œuvre dans l'apprentissage de l'enfant :

- La première des caractéristiques est l'influence réciproque. Bandura (1980) considère que le sujet influence son environnement et réciproquement. Cette influence mutuelle, s'effectue entre les déterminants cognitifs, comportementaux et environnementaux. Il s'agit de la capacité d'autorégulation du sujet en mesure d'agir selon ses besoins et de moduler ses actions en fonction des résultats obtenus.
- La seconde caractéristique est l'apprentissage indirect. Il s'agit d'observer les résultats des actions des autres afin de pouvoir tirer les conséquences de ces actions. Par exemple, la punition donnée à un enfant parce qu'il a été agressif avec un autre, va représenter un exemple pour l'enfant qui l'a observé. Ainsi, ces expériences seront stockées en mémoire sous forme de représentations symboliques.
- Une autre caractéristique concerne le sentiment d'auto-efficacité de la personne. La perception qu'un sujet a de son aptitude à réussir et à obtenir des rendements suite à ses actions. L'apprentissage et les actions du sujet dépendent du jugement qu'il porte sur ses aptitudes.

Enfin, l'utilisation des modèles est un point central de la théorie de Bandura (1977,1980), en mentionnant que le sujet apprend par mimétisme ou par imitation. L'apprentissage par modèle suggère que le sujet apprend à partir des résultats de ses propres comportements. Cette théorie soutient que les apprentissages se réalisent grâce aux observations et aux imitations au sein de l'environnement. En cas d'exposition à la violence conjugale, les enfants reproduiraient ce qu'ils auraient observé dans leur famille, entre leurs parents et imiteraient et intérioriseraient les comportements agressifs, comme mode de relation habituel. Cette conception laisse donc supposer que les enfants s'inscrivent dans une dynamique d'agresseur ou de victime, ce qui pourrait expliquer la présence de problèmes extériorisés, dirigés vers l'autre. Cependant, ce modèle théorique, assez déterministe, n'intègre pas les facteurs de protection qui pourraient influencer le développement et le devenir de l'enfant.

3.2. La théorie systémique de la famille :

La théorie systémique de la famille (Minuchin, 1974) envisage la famille comme un ensemble de sous-systèmes interdépendants et en interrelation, qui suppose qu'une modification d'un élément a un retentissement sur l'ensemble du système familial. Ainsi, lorsqu'un stress survient dans un des sous-systèmes, celui-ci va affecter le fonctionnement des autres sous-systèmes de la famille. La théorie générale des systèmes permet d'appréhender le fonctionnement systémique familial au regard de quatre principes :

- Le principe de la totalité et de l'ordre rend compte de l'importance de se situer au niveau groupal et non au niveau individuel pour comprendre un système. Il ne s'agit pas de combiner chaque caractéristique pour saisir un fonctionnement mais plutôt de comprendre le groupe comme différent de la « somme des parties » (Marc & Picard, 2000) lui accordant un fonctionnement propre.
- Le second principe, celui d'une structure hiérarchique, réclame que les sous-systèmes composant le système, doivent fonctionner de manière autonome. Ainsi, les liens dans les sous-systèmes permettent leur autonomie à condition qu'ils soient clairs et flexibles.
- Le principe d'auto stabilisation adaptative donne la possibilité au système de se transformer pour s'adapter et conserver sa stabilité. L'objectif est d'incorporer les modifications de l'environnement tout en préservant l'intégrité des liens familiaux
- Le dernier principe, celui de l'auto-organisation adaptative, correspond à la capacité d'ouverture du système familial. Deux processus sont à l'œuvre pour expliquer les relations entre les différents sous-systèmes de la famille. Le premier est celui du débordement où l'affect, l'humeur ou les comportements positifs comme négatifs, qui ont lieu dans un sous-système, se répandent dans un autre sous-système familial. C'est pourquoi, un sous-système conjugal en situation de conflit pourra affecter le sous-système fraternel en créant des tensions et de la rivalité entre les frères et les sœurs. Le second processus, celui de la compensation, atteste que l'inverse est également possible. En effet, malgré le sous-système conjugal en conflit, la fratrie pourra compenser cette ambiance en faisant preuve de solidarité et de coopération pour pallier les difficultés ressenties dans ce sous-système. Dans le cas de violence conjugale, le fonctionnement violent pourra créer des modifications dans les relations, les rôles et les places de chacun au sein de la famille (Goldblatt & Eisikovits, 2005), ce qui participera aux difficultés d'adaptation que l'enfant va manifester.

Etudier la représentation que l'enfant a de ses relations familiales permettrait donc, selon cette approche, d'identifier le fonctionnement familial. A l'heure actuelle, la perception de l'enfant des relations familiales a été appréhendée à travers les deux processus centraux que sont la parentification et les conflits de loyauté (Fortin, 2005). Plusieurs autres modèles s'inspirent de la théorie systémique de la famille (Minuchin, 1974) pour élaborer leurs propres hypothèses.

3.3. Le modèle du dysfonctionnement familial

Le modèle du dysfonctionnement familial de Jaffe, Wolfe et Wilson (1990) s'appuie, en partie, sur le modèle précédent de l'apprentissage social mais également sur la théorie systémique qui stipule que les enfants deviennent angoissés et stressés quand ils se rendent compte des brutalités que subit leur mère. Ces enfants développeraient, en conséquence, certains comportements afin de diminuer leur stress et protéger leur mère. Ces comportements viseraient également, en partie, à diminuer les conflits parentaux.

L'hypothèse du dysfonctionnement familial émise par Jaffe, Wolfe et Wilson (1990) suppose que l'existence de violence dans la famille créerait un contexte dysfonctionnel dans lequel les relations parents-enfants en subiraient les effets. L'accent est particulièrement mis sur la qualité de la relation mère-enfant. En effet, l'enfant éprouve de la peur et de l'angoisse dues à la violence conjugale et intériorise les conduites agressives comme mode relationnel ; quant à la mère, elle doit elle-même faire face à ses propres difficultés ce qui la rendrait moins disponible dans son rôle maternel de soin et de protection. De ce fait, la relation mère-enfant subirait l'influence réciproque des crises, des difficultés, troubles et angoisses de chacun et induirait un stress supplémentaire sur la mère et l'enfant. Le contexte de violence agirait sur l'adaptation de l'enfant et aurait également un effet indirect, sur la qualité de la relation mère-enfant. Les conflits conjugaux peuvent engendrer des difficultés à maintenir les rôles et les frontières entre les sous-systèmes qui peut entraîner la parentification de l'enfant, des conflits de loyauté et une image dégradée des parents pour l'enfant.

3.4. Le Modèle de la sécurité émotionnelle

Dans la continuité du modèle précédent, le modèle de la sécurité émotionnelle, développé par Cummings et Davies (1994), propose que toute interaction devienne plus importante pour l'enfant s'il la juge dangereuse pour lui-même, ses parents et sa famille. Il soulève également l'importance du contexte d'adversité de la violence conjugale sur l'adaptation de l'enfant. Selon Cummings et Davies (1994), l'exposition répétée à des événements stressants, comme la violence, a pour effet de diminuer la sécurité émotionnelle de l'enfant.

Trois processus interdépendants sont avancés pour expliquer comment le lien s'opère entre les conflits ou la violence conjugale et l'adaptation de l'enfant (Cummings &al. 2001, Cummings & Davies, 1994) ;

- Le premier processus, qui est considéré comme le plus fondamental, est relatif à la réactivité émotionnelle et à sa capacité à réduire, accroître ou maintenir son niveau de réaction émotionnelle face au conflit. L'exposition répétée à des conflits destructeurs augmente la sensibilité de l'enfant aux émotions négatives et diminue sa capacité à se calmer. Dès lors, l'enfant ne s'habitue pas au conflit et il y réagit davantage.
- Le processus suivant concerne les représentations internes des relations familiales. L'enfant qui est exposé à des conflits conjugaux chroniques semble développer des représentations non sécurisantes des relations familiales qui vont jouer un rôle

important sur les conséquences à long terme des conflits sur l'adaptation de l'enfant. L'enfant doute de la stabilité de ses relations avec ses parents, il se sent alors menacé par les conflits, entraînant alors des difficultés émotionnelles et comportementales.

- Le troisième processus correspond aux stratégies déployées par les enfants face au stress ressenti lors des conflits. L'enfant va alors chercher à réduire ou à faire cesser ces conflits dans le but de rétablir sa sécurité émotionnelle. Parfois, les stratégies d'intervention de l'enfant peuvent être problématiques car elles peuvent conduire à rediriger la colère des parents vers lui, rendant sa vulnérabilité encore plus grande.

Ainsi, l'intensité et la fréquence de la violence rencontrée auraient une incidence sur les réactions et stratégies que l'enfant va mettre en place et qui conduiraient à une adaptation ou inadaptation de l'enfant dans ce contexte. Toutefois, d'autres éléments vont agir sur les stratégies d'adaptation de l'enfant comme le rôle des facteurs de risque ou des facteurs de protection, que nous développerons un peu plus loin.

Ce modèle interactionnel met en lumière les différentes conséquences des violences conjugales sur l'enfant qui y est exposé et adopte un point de vue systémique sur la place de l'enfant. Elle suggère que ce ne sont pas les seules caractéristiques de la mère, du père et de l'enfant qui expliquent les événements et leur enchaînement. Ces individus font partie d'un système plus étendu dans lequel existent ou non des conditions qui créent une vulnérabilité ou encouragent la résilience (Dufour & Chamberland, 2009).

3.5. *La théorie de l'attachement :*

La référence à la théorie de l'attachement qui fait du sentiment de sécurité acquis dans la relation avec les proches, la base de la construction de la personnalité, est un outil essentiel pour appréhender l'enfant dans la complexité de ses liens familiaux

J. Bowlby (1982) montre que l'attachement chez le bébé est un besoin primaire, vital, au même titre que l'alimentation. L'enfant n'a pas le choix de l'attachement, d'où l'importance de la qualité du lien, ainsi, face à un jeune enfant commettant par exemple des actes extrêmement agressifs vis-à-vis de sa mère, elle-même victime de violence conjugale, il convient non pas de se poser la question : est-il attaché ? Mais bien plutôt : comment est-il attaché ? Bowlby affirme que la qualité de l'attachement de l'enfant est une condition de son bon développement dans la mesure où il ne peut aller explorer son environnement que s'il se sent suffisamment en sécurité. Nous pouvons ainsi comprendre comment ce qui se joue du point de vue affectif à la maison peut avoir autant de répercussions sur ce qui se passe à l'école. Le sentiment de sécurité dont l'enfant bénéficie autorise non seulement ses apprentissages mais impacte la qualité de ses liens avec autrui.

Le type d'attachement que l'enfant construit au contact de son « donneur de soin » forme dans le psychisme de l'enfant un modèle relationnel. En effet, au fil des interactions avec ses figures d'attachement, l'enfant intériorise la manière dont celles-ci répondent à ses sollicitations. Ceci produit un effet structurant sur sa subjectivité, par la suite l'enfant aura ainsi tendance à percevoir et interpréter les comportements des autres envers lui, à partir de ce qu'il a pu expérimenter avec ses premières figures d'attachement.

Cette théorie constitue une clé de compréhension permettant de ne pas culpabiliser l'enfant pour ses conduites inadaptées, mais de les appréhender pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire l'expression d'un système d'attachement particulier. En situation de violence conjugale, la figure d'attachement paternelle se montre à la fois imprévisible, inquiétante et risquant de devenir hostile, voire de rejeter l'enfant, tandis que la figure d'attachement maternelle peut faire preuve d'une sensibilité et d'une disponibilité réduites, se trouvant en difficultés pour répondre de manière adaptée aux besoins de l'enfant.

A) Attachement et réaction au stress :

Un des aspects de la réaction organique nécessaire pour s'adapter à un stress aigu est une élévation du cortisol sanguin, ce qui commence dès la petite enfance. La sécrétion du cortisol fait partie de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HHS). Il existe des variations individuelles qui peuvent être durables dans la réaction au stress. Ces variations sont basées sur des différences de tempérament ainsi que sur les expériences ultérieures. Sapolsky (1996) a résumé les preuves indiquant une corrélation entre le stress soutenu, un excès de cortisol et des lésions de l'hippocampe. Des taux élevés et prolongés de cortisol mène à la nécrose de cellules de l'hippocampe, des taux élevés durables mais non toxique de cortisol rendent les neurones de l'hippocampe susceptibles aux effets des menaces couramment rencontrées par le cerveau, c'est à dire l'hypoxie, les crises d'épilepsie, l'hypoglycémie, les traumatises physiques et les substances chimiques toxiques. Gunnar (1998), affirme que la théorie de l'attachement constitue un tampon à la réponse au stress de l'axe HHS chez les nourrissons. Par exemple, Nachmias et al 1996, ont montré que les enfants de 18 mois attachés de façon sécure ne présentaient pas d'élévation de cortisol quand ils réagissaient craintivement à l'approche d'un étranger en présence de leur mère. Ces résultats reflètent l'étendue de la vulnérabilité au stress des enfants.

B) La Qualité de la relation mère-enfant :

« Plus la qualité de la relation mère-enfant est affectée, plus l'enfant exposé à la violence conjugale manifeste des difficultés d'adaptation » (Bourassa 2003)

La violence conjugale peut affecter la qualité de la relation qui unit l'enfant à sa mère, et accentue donc la détresse de l'enfant. Il est dans le besoin continuel d'affection, de réparation narcissique dû aux effets de la violence dans laquelle il vit, mais l'attention et l'affection réclamées de sa mère, elle-même victime, se trouve être peu satisfaisante, puisque cette dernière trouve des difficultés à adopter des attitudes chaleureuses envers son enfant qui en a besoin plus que jamais. Son rôle parental est difficilement tenu et l'éducation de l'enfant devient une rude tâche. Tout cela constitue les conséquences directes de la violence conjugale. La routine sécurisante est touchée par la violence et il peut y avoir un silence pesant d'un déni de cette réalité, la prise de conscience chez la mère du cycle de violence et l'aide psychologique peut l'aider à rectifier ces attitudes et donc à agir au mieux pour son enfant.

4) Les expériences des enfants face à la violence conjugale :

On ne peut approcher le vécu d'un enfant exposé à la violence conjugale qu'à travers son expérience et son vécu. L'auteur Jean-Luc Tournier (2012) a dégagé trois expériences fondamentales vécues par l'enfant, qui ne sont pas exclusives les unes des autres, puisqu'elles peuvent coexister en même temps, mais souvent avec la prédominance de l'une d'entre elles. Elles marquent l'enfant jusqu'à l'âge adulte et peuvent devenir des positions de vie, voir des modèles identitaires.

A) L'expérience de la résignation ou l'enfant négligé

Entre l'éclatement de la violence du père et l'affairement de la victime à assurer sa survie, l'enfant n'est pas pris en compte, il est livré à lui-même et se sent insignifiant et abandonné.

L'auteur décrit un enfant qui se fait tout petit, se satisfaisant de peu, (ça peut commencer tôt, depuis la vie intra utérine), développant une insensibilité aux besoins même vitaux tels que l'alimentation. L'enfant se réfugie dans le sommeil, le retrait et n'espère plus rien des autres. Il peut aussi surinvestir l'activité scolaire sans aucune dimension de plaisir mais plutôt avec angoisse et une rage effrénée à être le meilleur. Il se construit tout seul dans un silence inquiétant et cette hyper adaptation peut générer cher lui des troubles tels que les troubles alimentaires, la dépendance à l'alcool lors de l'adolescence et plus tard la dépression peut être présente mais souvent on note une absence des signes cliniques habituels de la dépression, l'enfant est détaché, absent ou sur adapté.

B) L'expérience de l'intrusion ou l'enfant abusé

Il devient malgré lui, le confident de la victime violentée, le bouclier, ses frontières sont transgressées, il est assiégé par la peur et constitue souvent une arme utilisée par chacun des parents contre l'autre.

L'auteur décrit un enfant pris dans un environnement hostile et menaçant, entre l'impuissance et la détresse de la victime et la dangerosité et la menace de l'auteur. La menace touche le somatique et le mental, ce qui caractérise cette expérience c'est la peur, une peur qui habite l'enfant tout au long de cette pénible expérience. L'enfant se sent manipulé par ses parents et c'est le cas, cette peur va de pair avec un autre sentiment qui est la honte, ce qui engendre des mécanismes de défense chez l'enfant tels que la symbiose, le retrait et la dissociation

C) L'expérience de la rage avortée ou l'enfant écrasé

L'injustice, la haine et la rage le dominent, pourtant l'enfant est obligé de contenir ces sentiments.

L'auteur décrit un enfant en colère qui apprend tôt à la réprimer, car son expression ne fait que jeter de l'huile sur le feu. L'enfant connait deux sortes de colère, la colère initiale qui est une colère justifiée, censée être saine puisqu'elle tend à connaitre et reconnaitre ses droits bafoués et une colère secondaire pathologique, réprimée, qui tend vers l'agressivité et la destruction, elle sera dirigée soit contre soi, soit contre les autres. Si l'enfant tourne cette

colère contre sa personne, il pourra présenter des automutilations, de l'anorexie ou différentes somatisations.

Nous complétons les expériences vécues par l'enfant par l'expérience de la résilience qu'on peut trouver chez certains enfants :

D) *L'expérience de la résilience ou l'enfant résilié*

Les recherches en ce domaine ont débuté dans les années 90, sous l'influence de psychiatres américains spécialistes de la petite enfance, tels Emmy Warner ou John Bowlby.[22]

La résilience est définie comme « la capacité à réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (S. Vanistaendael, 1996). Elle est à la fois résistance à la destruction et capacité à se construire une vie riche et une intégration socialement acceptable en dépit de circonstances difficiles, d'un environnement défavorable, voire hostile (M. Manciaux 1998)

Boris Cyrulnik la définit comme l'aptitude d'un corps à résister aux pressions et à reprendre sa structure initiale. En psychologie, la résilience est la capacité à vivre, à réussir, à se développer en dépit de l'adversité « Il me semble que, lorsqu'on a été blessé dans sa vie, on est contraint de mettre en place, de tricoter un processus de résilience jusqu'à sa mort. La blessure est enfouie, maîtrisée, transformée, mais elle ne guérit jamais complètement »[23]

L'enfant exposé à la violence conjugale peut devenir un enfant résilié, en résistant à l'épreuve de la violence, il va avoir des réponses modérées et acceptables alors qu'il est soumis de la part de son environnement à des stimuli connus comme nocifs. Enfin il peut développer des capacités d'adaptation grâce à ses qualités mentales. On observe chez un enfant résilié ces trois types de phénomènes : 1) un bon développement –2) une bonne adaptation malgré la présence de facteurs de risque et le maintien de la compétence malgré des situations stressantes chroniques –3) une bonne récupération après un traumatisme.

5) *Les conséquences directes de la violence conjugale sur le comportement des enfants exposés*

Evaluer le retentissement de l'exposition d'un enfant à une situation de violence conjugale est un exercice délicat. Les situations de violence conjugale ne sont pas identiques, la manière dont les enfants y sont exposés non plus et enfin les enfants ont des manières singulières de vivre l'évènement. Selon G W Holden (1998) les effets sur les enfants sont susceptibles de varier en fonction de la fréquence, de la sévérité et de la durée de leur exposition. Ces dernières constituent des paramètres qui apparaissent généralement comme spécifiquement néfastes. Les études portant sur les effets de l'exposition des enfants aux violences conjugales montrent que les troubles comportementaux et affectifs sont 10 à 17 fois plus fréquentes que chez ceux appartenant à un foyer non-violent (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990). Cunningham,

[22]En 1990, John Bowlby, déclarait « Nous devons absolument développer les travaux sur la résilience, car nous pourrons alors observer directement la manière dont les processus d'évolution se mettent en place, et donc savoir comment mieux aider les enfants blessés. »
[23]Psychologie magazine 2019

A, et Baker, L. (2007) précisent que les conséquences sont nombreuses et variées et peuvent être vécues à court, moyen et long terme.

On peut regrouper les conséquences majeures en deux groupes ainsi que l'état de stress post traumatique :

A) Les troubles intériorisés :

Les enfants exposés à la violence conjugale peuvent présenter des problèmes affectifs comme l'anxiété, la dépression, le retrait social et la léthargie, la timidité, ou les idées suicidaires, une faible estime de soi et des terreurs nocturnes. On note aussi chez ses enfants que les taux des échecs scolaires sont plus importants que pour les enfants de mères non violentées (CRASC, 2006). Ils peuvent présenter aussi des refus d'aller à l'école, des retraits, des interactions sociales et des difficultés à se séparer de leur mère (Sternberg et coll., 1993, Sudermann et Jaffe, 1997 ; Vouche, Zinoune, Lambert, Loubeyre 2007). L'inattention, la déficience des habilités verbales, intellectuelles ou motrices, les difficultés de concentration, le retard scolaire sont aussi observés (Fortin, Coté, Rousseau et Dubé, 2007).

B) Les troubles extériorisés :

Comme l'agressivité, l'impulsivité, l'hyperactivité, la délinquance, l'opposition, l'abus de drogue ou d'alcool, les fugues (Marlies Sudermann et Peter Jaffe 1999). Chez les plus petits ; c'est surtout l'instabilité psychomotrice, l'anxiété, par contre chez les plus âgés, c'est la délinquance et le comportement addictif (CRASC 2006). Les enfants deviennent agressifs à l'égard des frères et sœurs, des pairs et de leurs enseignants. Ils ont tendance à être indisciplinés et irritables. La tendance à l'agressivité à l'enfance devient souvent une délinquance juvénile à l'adolescence.

C) Les enfants dans les filets du trauma ; Le syndrome d'état de stress post traumatique (PTSD)

Nous avons déjà évoqué l'état de stress post traumatique dans le premier chapitre ainsi que les symptômes chez l'enfant, à présent voyons d'autres spécificités chez l'enfant. Bailly (2001) précise que chez les enfants la fragilité n'est pas forcément plus importante mais elle est différente. En effet, l'impact traumatique est différent chez un enfant, qui est un être en devenir, des évènements non traumatiques pour un adulte peuvent avoir sur un enfant un effet traumatique majeur. Le développement de sa personnalité sera affecté. Certains enfants vont devenir passifs, inhibés, d'autre agressifs, certains vont rejouer la scène traumatique avec des mises en scènes violentes, dangereuses, d'autres vont montrer des capacités de résilience. Louis Côté, dans la revue de Santé mentale, Québec (1996), souligne : « que l'événement traumatique ait été long ou répété, qu'il ait duré quelques minutes ou quelques heures, peut causer des perturbations de longue durée ». Trois facteurs sont positivement corrélés avec le développement du PTSD chez l'enfant : la gravité de l'événement traumatique, la durée de l'exposition, la détresse des parents.

1) *La spécificité clinique du PTSD chez l'enfant ;*

La clinique post trauma de l'enfant est variée, le dépistage précoce de ces troubles permettra une prise en charge adaptée (De Clerq, Lebigot 2001)

La spécificité des symptômes et des comportements est reconnue pour caractériser le traumatisme infantile avec les versions DSM-III, DSM IV, et DSM V. D'autres instruments de classification sont aussi utilisés et largement reconnus comme la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) adopté par l'Organisation Mondiale de la Santé. On parle de troubles réactionnels non pathologiques dans le mois qui suit l'événement. Après plus d'un mois de persistance des troubles ou avec l'apparition différée des symptômes, on entre dans la catégorie de troubles aigus et du PTSD.

Le PTSD est un syndrome largement observé. De nombreux enfants exposés en bas âge à des actes graves de violence conjugale, peuvent en souffrir. 60% des enfants exposés aux violences conjugales présentent un syndrome de stress post-traumatique complet (LehmannP.1997). « Ces enfants n'ont jamais connu d'atmosphère familiale calme, leur développement est affecté de manière plus chronique que lorsqu'il s'agit d'enfants qui vivent un seul événement traumatique dans un milieu favorable » Ce qui correspond aux traumatismes de type 2, décrit par l'auteur TERR, c'est-à-dire induit par l'exposition à une forme plus durable et répétitive des violences. Cette exposition continue ou répétée aux facteurs traumatiques implique des phénomènes adaptatifs, des modifications du fonctionnement global de la personnalité en développement. On observe des altérations du contrôle émotionnel (tristesse), des idées de suicide, de la colère, des altérations de conscience (amnésies des événements traumatiques, reviviscence, des modifications de la perception de soi (honte, culpabilité, sentiment d'impuissance ou d'être complètement diffèrent des autres). Des altérations de la perception de l'auteur (vengeance, attitude de passivité). Lien pathologique de dépendance avec le persécuteur (identification à l'agresseur), des altérations des relations aux autres (isolement, méfiance ou recherche répétée d'un sauveur). Des modifications des systèmes de croyances personnelles (perte de confiance, perte d'espoir) et les jeunes évitent de penser et de parler d'eux et des sujets liés au traumatisme.

Pour les enfants les symptômes classiques du syndrome psycho traumatique tel que la reviviscence se manifeste dans le jeu, avec la répétition de scènes vécues ou imaginées, dans les cauchemars et les terreurs nocturnes. La dépression, l'hypervigilance peuvent se manifester chez l'enfant à travers des jeux répétitif où souvent, le plaisir est absent. Leurs dessins sont souvent compulsifs et stéréotypés (peu de couleur, gribouillis, ogres, géants…) (Éric Baccino 2015). Les manifestations sont beaucoup plus passives, inhibition, restriction des affects, isolement, déni du trauma, manifestations de colère, automutilations. Le retrait et l'évitement se traduisent par des difficultés d'attention et d'apprentissages scolaires, par une absence de projection dans l'avenir et par des comportements régressifs par rapport aux acquis (marche, propreté, communication verbale). En effet il est possible de voir chez l'enfant certains symptômes traduisant une régression psychomotrice comme l'énurésie secondaire.

Chez le nourrisson et le très jeune enfant, les manifestations sont très atypiques ; irritabilité, pleurs, troubles du sommeil, retard du développement et régression. Entre 2 et 6 ans, on observe des somatisations douloureuses ; difficultés de séparation, succion du pouce, parler bébé, retard du développement psycho moteur ou langagier. Entre 6 et 12 ans, on s'approche du syndrome classique associé au retour des phobies spécifiques à des difficultés de concentration et un fléchissement systématique des résultats scolaires.

2) *Autres troubles psycho traumatiques*

A) *Modifications biologiques ;* *Au* cours du stress aigu réactionnel provoqué par un traumatisme on observe :

- Des perturbations physiologiques : rythme cardiaque élevé, fréquence respiratoire augmentée, modification de la tension artérielle.
- Des modifications biologiques et neurobiologiques : le PTSD s'accompagne d'hypo-cortisolémie provoquée par des modifications du fonctionnement de l'axe hypothalamus-hypophyso-surrénalien. Le cortisol est une hormone mobilisée dans les situations de stress. La cortisolémie peut être mesurée à partir de simples prélèvements salivaires. D'autre part des analyses récentes ont permis de souligner une recrudescence du diabète infantile en situation de guerre, ainsi que des troubles dermatologiques : eczémas, pelades…

B) *L'enfant parentifié*

La violence conjugale rend les frontières entre les membres de la famille floues et provoque des dysfonctionnements du système familial, ce qui amène l'enfant à vivre des conflits ou à devenir un enfant qui joue le rôle de parent, assumant des responsabilités trop importantes pour son âge. La parentification est un phénomène identifié dans les années 70 (Boszormenyi-Nagy et Spark, 1973), qui réfère à l'inversion des rôles entre les parents et les enfants. Ce phénomène est particulièrement observé dans les familles où règne la violence conjugale (Fortin, Doucet et Damant, 2011). Lorsqu'il est confronté aux violences que subit sa mère et à sa détresse, l'enfant peut avoir tendance à la protéger physiquement et émotionnellement, répondant ainsi à un instinct filial qui consiste à panser les blessures de ses parents tout en essayant d'exister. Il peut en venir à protéger sa mère, à la consoler, à se substituer à elle (Fortin, 2005).

La parentification est donc un processus par lequel l'enfant endosse des rôles parentaux pour son ou ses parents et pour les autres membres de la famille. L'enfant parentifié devient responsable de tâches domestiques, éducateur des plus jeunes, protecteur du parent, confident, ami ou médiateur (Goldblatt, H et Eisikovits, Z, 2005). Il souffre d'isolent social, ce qui s'accompagne souvent d'anxiété et de dépression (Fortin, A, Damant, D. ; Doucet, M, Sablonnière, E.2007).

Paradis (2012) cible sept rôles que les enfants exposés à la violence conjugale peuvent développer dans la dynamique familiale. Il s'agit du rôle de « gardien protecteur », de « confident de la mère », de « confident de l'agresseur », « d'allié de l'agresseur », « d'enfant parfait », « d'arbitre » et de « bouc émissaire ». L'adoption de l'un ou de plusieurs de ces rôles peut avoir des impacts néfastes à long terme pour les enfants.

C) Les difficultés scolaires :

Les enfants d'âge scolaire se font une représentation complexe de la situation de la violence conjugale. A cet âge les enfants se montrent particulièrement réceptifs aux différentes formes de violences qui pourront leur être donné à voir ou à vivre : maltraitance, conflits violents, stress, difficultés scolaires, financières… Il se peut que la situation affecte l'investissement scolaire de l'enfant, trop envahi par la problématique ou même trop soucieux de la sécurité de la mère pour se concentrer sur les apprentissages. Et compte tenu de l'importance de la réussite scolaire dans l'estime de soi, l'enfant s'enlise parfois dans un rapport négatif à lui-même par ailleurs à un âge ou les références extérieures à la famille deviennent plus décisives. L'enfant pourra être tenté de résoudre certaines situations en se montrant hostile, agressif ou au contraire en devenant l'objet d'intimidation. A cet âge les interventions doivent miser sur le soutien de l'enfant dans son investissement scolaire et sur la possibilité qu'il participe à des activités de loisirs avec des jeunes de son âge.

- D'autres symptômes sont également à citer : crises d'angoisse, phobies, conduites antisociales, sentiment de culpabilité... L'abus de substances toxiques pour « oublier un moment », peuvent exister aussi chez l'enfant qui part à la recherche de la perte de conscience momentanée.

6) Les facteurs de risque et les facteurs de protection chez l'enfant :

Les facteurs de risque et les facteurs de protection peuvent moduler la relation entre l'exposition à la violence conjugale et l'impact sur les enfants. Un nombre élevé de facteurs de risque et peu de facteurs de protection contribuent à exacerber les difficultés vécues par l'enfant exposé à ce traumatisme (Fortin et al, 2007).

Les facteurs de risque augmentent la probabilité qu'un événement futur se réalise (Frazer, Richman & Galinsky, 1999). Dans le cas des enfants exposés à la violence conjugale, ils augmentent la probabilité qu'un enfant développe des problèmes d'adaptation ou que ces problèmes perdurent à la suite de l'exposition à la violence conjugale (Lessard & Paradis, 2003). Dans plusieurs cas, ces facteurs ont des impacts plus importants sur le développement lorsque les enfants exposés doivent faire face à plusieurs facteurs de risque plutôt qu'à un seul. Selon Lessard et Paradis (2003), les facteurs de risque et de protection se regroupent en trois catégories : personnelles, familiales et environnementales.

1) Les facteurs de risques

A) Les caractéristiques de l'enfant

- Les complications périnatales, retard de développement ou maladies chroniques
- Le tempérament difficile : comme l'enfant solitaire, jaloux, rancunier, trop dépendant des adultes, anxieux.
- Les problèmes de communication ou faible habilité sociale et intellectuelle

Les effets peuvent également être distincts en fonction de l'âge de l'enfant et du sexe ;

- Le jeune âge n'est pas protecteur : l'âge des enfants exposés à la violence conjugale constitue un facteur de risque (Lessard et al. 2009). En effet, les enfants plus jeunes sont susceptibles de vivre des conséquences développementales plus prononcées à la suite de l'exposition à la violence conjugale. Cette association s'expliquerait par le fait que les jeunes enfants sont plus dépendants des parents et qu'ils passent davantage de temps avec eux. Ce faisant, ils pourraient être exposés plus fréquemment et plus longuement à des dynamiques de violence conjugale plus intenses, ce qui influencerait négativement leur adaptation (G. Bermann, Gruber, Howell & Girz, 2009 ; Lessard et al. 2009 ; Martinez-Torteya et al. 2009 ; Paradis, 2012)

  À d'autres égards, les enfants d'âge scolaire pourraient aussi être plus négativement affectés par la violence conjugale comparés aux jeunes enfants (Lessard et al. 2009). En comprenant mieux la dynamique de la violence conjugale, les enfants d'âge scolaire peuvent ressentir davantage de colère et de culpabilité que les enfants plus jeunes.

- **Le sexe :**GA Bogat, E Dejonghe, ALenvondosky, WS Davison, A Von Eye s'interrogent sur le fait que dans le cadre de leurs recherches, les mères de nourrisson fille ont systématiquement déclaré que leur enfant était plus exposé que les mères de garçons. L'équipe rapporte cela a un maternage physiquement plus proche entre mère et fille, à une vigilance accrue de ces mères préoccupées par le fait que la fille puisse devenir une future victime ou puisse être davantage traumatisée que ne serait un garçon (Bogt GA). Selon plusieurs études, les garçons ont plus souvent des problèmes de comportements extériorisés (Émond et al, 2000 ; Evans et al, 2008 ; Moylan et al, 2010 ; Paradis, 2012), alors que les filles présentent plus souvent des problèmes de comportements intériorisés (Émond et al, 2000, Moylan et al, 2010 ; Paradis, 2012).
- La perception qu'a l'enfant de la situation de violence conjugale peut aussi représenter un risque (Lessard et al. 2009). Lorsqu'il perçoit la dynamique de violence comme menaçante et qu'il se sent responsable de la violence, l'enfant serait plus à risque de vivre des problèmes de comportements intériorisés ou extériorisés.
- Fortin et al. (2011) ajoute que la parentification constitue aussi un facteur de risque pour l'enfant
- Les émotions négatives : l'enfant éprouve durant l'évènement traumatique des sentiments négatifs liés à la probabilité qu'il perçoit d'être tué ou blessé.

B) ***Les caractéristiques de la famille***

Les habiletés parentales sont l'une des caractéristiques familiales qui influencent particulièrement l'adaptation des enfants exposés à la violence conjugale (Lessard et al.2009). Elles constituent un facteur de risque lorsque les parents adoptent des conduites inadéquates à l'égard de leurs enfants (Émond et al. 2000 ; Holmes, 2013 ; Lessard et al. 2009)

- Les comportements inadéquats : dans certains cas, le contexte de violence conjugale amène les mères victimes elles aussi à adopter des attitudes et des comportements inadéquats envers leurs enfants en étant moins disponibles, en ayant de la difficulté à offrir un encadrement parental, en n'adoptant pas des conduites disciplinaires positives, etc. (Bromfield et al., 2010 ; Fujiwara, Okuyama& Izumi, 2012 ; Lessard et al., 2009
- Le statut économique précaire et faible scolarité des parents
- La présence de plusieurs événements stressants ou ruptures dans la vie de l'enfant (deuil, déménagement, changement d'école, d'amis, de situation financière)
- Certaines caractéristiques du parent : comme des problèmes de santé mentale chez la mère, de criminalité ou de toxicomanie (Wolfe et coll. 2003)
- La fréquence et l'intensité de la violence que l'enfant a subie ou à laquelle il a été exposé
- Les conflits graves entre fratrie
- Le stress maternel, hostilité ou conflit avec l'enfant qui amène des punitions très fréquentes
- La maltraitance :la présence d'autres formes de maltraitance envers l'enfant comme l'abus physiques ou la négligence. Il peut aussi arriver que le père ou la mère adopte des conduites violentes envers leurs enfants, ce qui aurait un impact sur le développement de l'enfant et des problèmes de comportement (Bourassa, 2007 ; Émond et al. 2000 ; Grasso et al. 2016 ; Holmes 2013).

C) Les caractéristiques de l'environnement

- Le faible réseau du soutien social
- Le caractère soudain et inattendu du traumatisme a un impact sur l'installation du PTSD
- L'origine de la violence : la violence d'origine humaine est plus traumatisante que la violence d'origine naturelle
- Le degré d'exposition : un degré élevé d'exposition à un évènement violent et la proximité géographique aurait des conséquences sur le développement du PTSD

2) Les Facteurs de protections

Pour leur part, les facteurs de protection modifient, compensent, réduisent, modèrent ou jouent le rôle de facteur médiateur des risques auxquels une personne est exposée (Frazer et al. 1999). Ces facteurs sont ceux sur lesquels il est préférable de s'attarder en intervention thérapeutique afin de diminuer les conséquences que peut amener l'exposition à la violence conjugale (Paradis, 2012). Dans le domaine de la violence conjugale, ils sont toutefois moins étudiés que les facteurs de risque.

A) Les caractéristiques de l'enfant

Concernant les facteurs de protection, des auteurs soulèvent que le sentiment de compétence d'un enfant peut favoriser son adaptation (Fortin, 2009 ; Lessard et al. 2009. Paradis, 2012).

- La force de caractère ou tempérament facile (style cognitif réfléchi et non impulsif, humeur positive, flexibilité…)
- L'autonomie (estime de soi, confiance en soi, maitrise de soi…)
- La maturité et le niveau de développement au début de la violence
- La capacité de prendre ses distances avec ses émotions, ses pensées et ses actions dans des situations difficiles, de ne pas intervenir dans les situations de violence conjugale
- La capacité de gérer le stress, de réagir rapidement aux évènements menaçants, de s'adapter aux changements et d'aller chercher du soutien
- Les compétences sociales, l'altruisme, l'empathie, l'habilité de communication et de résolution de problèmes, le sens de l'humour, la participation à des activités…
- Les compétences cognitives et la réussite scolaire

B) Les Caractéristiques de la famille

Les habiletés parentales sont considérées comme des facteurs de risque, mais certaines études indiquent qu'elles peuvent parfois aussi être un facteur de protection. À cet effet, la littérature s'est davantage intéressée aux conduites parentales positives qu'adoptent les mères ainsi qu'à la relation mère-enfant (Lessard et al.2009)

- La monoparentalité
- La bonne adaptation du parent gardien : une étude de De La Sablonnière (2007) révèle que le bien-être physique et psychologique de la mère victime de violence conjugale constitue un facteur de protection en dépit de la violence
- La bonne relation d'attachement mère/enfant (les études s'accordent à dire que dans un tel contexte, la qualité de la relation entre la mère et l'enfant agirait comme un facteur de protection dans le développement de l'enfant (Savard & Zaouche Gaudron, 2014). Dans leur étude, Levendosky, Huth-Bocks, Shapiro et Semel (2003) rapportent que certaines mères vivant des violences conjugales, tendent à adopter des conduites parentales plus adéquates. Selon les auteurs, ces mères se montrent plus empathiques, chaleureuses, attentives et sensibles, car elles souhaitent atténuer les effets néfastes

qu'amène l'exposition à la violence conjugale. Ces bonnes habiletés parentales influencent positivement l'attachement entre l'enfant et la mère (Levendosky et al. 2003), ce qui contribue à réduire les conséquences de l'exposition à la violence conjugale (Holmes, 2013 ; Racicot, Fortin & Dagenais, 2010). La qualité de la relation mère-enfant influence donc l'association entre la violence conjugale et l'adaptation de l'enfant en agissant comme une variable médiatrice (Levendosky et al, 2003) ou modératrice (De La Sablonnière & Fortin, 2010).

- La bonne supervision parentale, discipline équilibrée et présence de règles claires
- La conscience chez le parent d'offrir à l'enfant la compréhension, l'affection, le soutien et les soins appropriés
- Les stratégies de résolution de conflits positives entre certains membres de la famille
- La bonne communication, chaleur et interaction positives dans la famille
- Le degré d'intimité entre les membres de la famille qui respecte l'autonomie individuelle

C) *Les Caractéristiques de l'environnement*

- Plusieurs ressources et opportunités dans la communauté ou le groupe social car la richesse du réseau social de l'enfant est un facteur de protection. Karen Saldier évoque un soutien social élevé, qu'il soit parental, extrafamilial ou amical
- Les relations émotionnelles significatives avec au moins un adulte en dehors de la famille, la présence d'un modèle significatif positif dans l'entourage de l'enfant (Lessard et al. 2009)
- Le sentiment d'identification de l'enfant à la communauté et participation à des activités de loisirs (2003, Lessard G, Paradis) le sentiment d'appartenance de l'enfant à sa communauté constitue un facteur de protection en agissant comme un facteur modérateur (Greenfield & Marks, 2010 ; Paradis, 2012).
- La résilience : quand il Ya violence, les enfants sont très affectés dans leur lien avec leurs pairs à cause de la honte, du secret de la violence… Ils commencent donc à s'isoler et à se couper d'autrui. Pourtant dans tous les travaux sur la résilience, il est dit que la capacité d'activer du soutien social, avoir le soutien d'autrui est un facteur majeur dans la résilience et permet de développer le sentiment de compétence et de l'estime de soi chez l'enfant.

7) *Les interventions psychothérapiques auprès des enfants exposés à la violence conjugale*

Sigmund Freud disait que l'appareil psychique possède contre l'extérieur, un moyen de protection qui lui permet d'amortir l'action des quantités d'excitations qui viennent l'assaillir.

Le délai de la prise en charge doit être le plus court possible, si l'évènement ou sa révélation est récent, l'objectif est l'écoute, l'évaluation et la mise en place des éléments d'une alliance thérapeutique. Pour Éric Baccino, la prise en charge d'un enfant traumatisé est dominée par le

souci prédominant du dépistage précoce des situations et de la protection de l'enfant, elle est d'abord psychologique (accueil, réassurance…) mais aussi pharmaceutique associant au long cours des interventions diverses. Elle comprend plusieurs temps et plusieurs techniques : principe de l'abréaction du traumatisme, débriefing avec verbalisation des faits et des affects associés, relaxation, approches cognitivo-comportementales associant notamment relaxation, et retraitement des émotions (une façon pour les comportementalistes de donner la possibilité aux enfants traumatisés d'atténuer leurs réactions d'anxiété, de remobiliser l'expérience émotionnelle du traumatisme ainsi que d'apprendre de nouvelles réponses/comportements, de nouveaux moyens de faire face ou stratégies d'adaptation au stress). Au cours de la consultation, la victime est amenée à verbaliser le vécu de l'agression et à nommer les affects. Il s'agit de redonner au temps vécu sa fonction structurante en lui enlevant sa fonction mortifère.

- ***En phase aigüe : l'évaluation clinique*** : les plus agités devront être isolés au calme afin de les rassurer et les aider à ordonner leurs pensées et leur discours. Un contact physique rassurant, associé à des paroles simples (présentation de la fonction du thérapeute, de son identité, rappel du lien, du contexte : préparation pour l'évacuation… Tout cela aidera les victimes et permettra d'obtenir des informations sur l'apparition d'éventuels symptômes (cauchemar, déprime, irritabilité.) qui doivent amener à consulter. L'utilisation des sédatifs peut être nécessaire face à un état d'agitation ou de dissociation.

- ***En différé : le débriefing*** reste incontournable pour les soins post immédiats (dans les 72h environ). Si possible en groupe, encadré par une équipe entrainée ou en individuel : description, réflexion, réactions, symptômes, enseignement…

- ***Au long cours*** : l'apparition d'un syndrome psycho traumatique impose une prise en charge spécialisée, le plus souvent psychothérapique et pharmacologique. La psychothérapie sera choisie en fonction de la personnalité et l'âge du sujet et du type des caractéristiques du tableau clinique.

1) *Le débriefing psychologique* :

Le débriefing a eu ses heures de gloire, considéré comme le remède miracle systématique à proposer à toute situation de stress intense. En 1983, c'est le psychologue américain Jeffrey Mitchell, qui suggère cette technique. Le but de « critical incident stress debriefing » (CISD) qu'il a élaboré, était de réduire les désordres après une situation particulièrement intense. De restituer la capacité de travail, de faciliter la réinsertion au sein de famille et de contribuer aussi à prévenir les évolutions pathologiques.

Pour Mitchell (1988), le débriefing se distingue de l'intervention thérapeutique par 4 points :

- Le déroulement est strict (débriefing)
- La victime raconte l'évènement
- Le thérapeute n'interprète pas

- Le thérapeute explique et dédramatise

Dans les pays francophones après l'expérience de débriefing, les cliniciens se sont démarqués des consignes imposées par Mitchell et ont reconnu au débriefing une fonction thérapeutique. Crocq a identifié 10 objectifs du débriefing dont le principal est la verbalisation spontanée des émotions (2004).

2) *Les TCC : les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)*

Le psychiatre Moro (2004) évoque la reconstruction des liens intrapsychiques, de relancer le fonctionnement psychique : « Il est important d'être attentif aux symptômes de l'enfant ».

Les TCC sont centrés sur le trauma et comportent tous les éléments d'exposition aux souvenirs traumatiques. Ils sont reconnus comme traitement de première intention dans la prise en charge du PTSD. Parmi eux, la thérapie par exposition qui bénéficie du plus grand nombre d'études cliniques démontrant son efficacité et qui est identifiée comme traitement privilégié.

L'entrainement à l'inoculation du stress a été adapté par Kilpatrick, Veromen et Resich en 1982, le programme inclus 20 séances hebdomadaires de traitement qui se décomposent comme suit : la relaxation musculaire, le contrôle respiratoire, le jeu de rôle, d'apprentissage, d'auto admiration, de consignes, d'exposition in vivo graduelle et d'entrainement au « stop pensées ». On obtient une réduction significative de la symptomatologie du PTSD

La thérapie cognitive est le protocole le plus récent bien qu'intégrant une composante d'exposition, il est pour l'essentiel une thérapie cognitive centrée sur les croyances mises à mal par la confrontation traumatique. Ce protocole a été développé par Resich et Schnik (1992) et cible le traitement d'un PTSD consécutif à des violences à travers 12 séances hebdomadaires collectives de 90 minutes. Il a été formalisé par Ehlers et son équipe (Ehlers et al 2003, 2005). Il s'articule autour de deux phases : la première réponse sur 4 à 20 séances hebdomadaires d'une durée pour la première séance de 90 minutes et de 60 minutes pour les suivantes. Outre les exercices de thérapie cognitive centrés pour l'essentiel sur les notions de danger, de sécurité, de compétence personnelle, d'image de soi et de confiance à l'autre… Elle intègre également des exercices d'exposition en imagination in vivo. A l'issue de cette phase, le patient bénéficie de 2 ou 3 séances mensuelles de consolidation de 60 minutes chacune. L'efficacité de la thérapie cognitive est comparable à celle d'un traitement actif comme la thérapie d'exposition, le maintien des bénéfices thérapeutiques est meilleur à long terme pour la thérapie cognitive.

3) *L'EMDR* :

La thérapie d'intégration neuro-émotionnelle par stimulations bilatérales alternées (mouvement oculaire, stimulations tactiles ou bips sonores), applicable à l'enfant, connu sous l'acronyme d'EMDR est une technique proposée par Shapiro (1995) pour le traitement du PTSD. L'EMDR se présente actuellement sous la forme d'un protocole en huit étapes :

- Le recueil de donnés sur l'histoire du patient et la planification du traitement
- La préparation du patient
- L'évaluation systématique de toutes les difficultés de traitement au lien avec le trauma
- La désensibilisation et la reprogrammation
- L'ancrage ou l'installation de cognitions positives alternatives
- Le balayage corporel pour traiter les sensations de gêne ou les points douloureux.

L'EMDR permet une amélioration de la symptomatologie du PTSD, de la dépression et de l'anxiété. L'intérêt d'une telle technique se traduit par ces effets plus prononcés sur certains groupes de symptômes comme les reviviscences.

4) *Des groupes thérapeutiques*

K. Sadlier (2010) préconise d'organiser des groupes thérapeutiques pour l'enfant exposé à la violence conjugale, qui vont permettre de réduire la fréquence des comportements agressifs, l'intensité des signes anxieux et dépressifs, d'améliorer l'image de soi et les relations avec autrui.

Pour l'enfant c'est l'apprentissage d'un autre modèle relationnel ou le niveau de tolérance pour la frustration est faible ou il n'a pas recours à l'utilisation de la violence pour gérer la frustration et les conflits.

Les objectifs thérapeutiques peuvent être définis pour l'enfant comme suit :

- Apprendre à identifier ses émotions
- Apprendre à gérer la colère
- Construire des plans de sécurité pour l'avenir
- Améliorer l'image de soi
- Identifier qui est responsable de la violence
- Identifier et activer du soutien autour de lui.

On peut aussi utiliser le dessin car c'est un moyen qui permet à l'enfant d'exprimer sa réalité interne du moment, surtout quand le langage n'est pas toujours exploitable. La prescription de psychotropes s'adresse aux symptômes les plus aiguës ou aux états dépressifs mais elle est rarement suffisante. L'essentiel du traitement est psychothérapeutique, avec une thérapie ciblée sur les symptômes de stress post traumatique, puis une thérapie plus globale, tentant de réinscrire l'enfant traumatisé dans son histoire.

8) Le point de vue de l'enfant exposé et le devenir adulte (pronostic) de ces victimes

Pour l'enfant, le fait de donner son point de vue par apport à la violence l'aide à s'adapter et peut lui permettre de corriger l'idée qu'il se fait de son rôle dans le déclenchement de la violence. L'enfant n'est pas passif face à la violence conjugale, il essaie d'interpréter la signification de cette violence et d'évaluer le rôle qu'il peut jouer dans l'apparition de la violence ou dans sa résolution. L'enfant qui se blâme pour la violence est plus à risque de manifester de la détresse (symptômes dépressifs) (Fortin 2005). La violence conjugale est une réelle menace pour la sécurité émotionnelle de l'enfant. Il devient vigilant face à tout signe annonciateur de violence, il est soumis au cycle de la violence « l'exposition répétée à la violence suscite des sentiments de peur, d'impuissance et donc des réponses moins adaptées au stress ».

De nombreux auteurs insistent sur l'évolution défavorable des enfants traumatisés et non pris en charge sur le plan psychologique car l'exposition directe à la violence peut engendrer un sentiment d'impuissance et de peur chez l'enfant, ce qui va perturber son comportement, son développement, puis son jugement lorsque l'exposition à la violence est répétitive. Elle peut entrainer une adaptation de l'enfant, mais ces réactions deviennent imprévisibles, il peut se réfugier dans une attitude autistique, d'importance variable, (repli sur soi, dépression, baisse du rendement scolaire, relation sociale difficile...) ou devenir violent et agressif. Ces deux situations sont des cris de détresse qui se manifestent par divers symptômes constituant le stress post traumatique et s'accompagner de perturbations de l'alimentation, du sommeil, de l'attention et des relations sociales de l'enfant… Certains sentiments sont considérés comme majeurs comme la terreur, la tristesse profonde, la solitude et l'abattement. Ils sont tous associés aux situations de deuil. Le psychanalyste Boris Cyrulnik révèle que tous les enfants sont concernés, car comme ils "sont attachés à leurs parents et ils participent à la violence : ils reçoivent eux-mêmes des coups psychiques quand la mère reçoit un coup physique » ou une insulte, et « si sa maman est humiliée, l'enfant sera humilié », « la honte et l'humiliation sont un massacre de l'estime de soi ». Même un nourrisson, « lorsqu'il assiste à une violence physique et verbale de ses parents, même s'il ne comprend pas les mots et la signification de ce qui se passe, perçoit émotionnellement, avec une très grande intensité, des cris, des hurlements, qui lui font peur ». Cet environnement violent autour de l'enfant « bloque tout son plaisir d'apprentissage », du jeu, de la parole... Susceptible d'avoir peur de tout, il peut développer des phobies même si la violence ne s'adresse par directement à lui. Une impuissance qui peut se doubler d'une certaine culpabilité, car l'enfant peut penser qu'il est à l'origine de la dispute de ses parents ou bien se reprocher de n'avoir pu s'interposer. Cyrulnik insiste sur le fait que l'enfant exposé pourra avoir du mal à contrôler ses émotions une fois adolescent puis adulte si sa souffrance n'est pas traitée. Comme les enfants victimes de maltraitances, il courra plus de risques de reproduire la violence dans son couple.

Jean-Luc Tournier (2012) prend en considération la question du genre par apport au devenir des enfants exposés à la violence conjugale :

Au féminin :

Les expériences de la résignation chez la fille, conduit plus tard à une résignation amoureuse, un choix particulier de partenaire en amour, une visibilité moindre sur le plan professionnel. L'intrusion au féminin atteint la femme dans sa corporéité aves une impression de saleté, de physique déplaisant et d'odeurs incongrues. Elle peut aussi vivre le complexe du survivant parce qu'elle a été épargnée quand sa mère fut violentée. Ce complexe nourrit une profonde et permanente solitude, avec une impossibilité à être reconnue dans son expérience de petite fille en détresse.

La colère contenue chez la femme, la pousse à l'âge adulte à une farouche indépendance, n'attendre rien de personne, elle avance avec une éternelle colère, prête à en découdre, mais sous ses airs de guerrière se trouve toujours la petite fille apeurée.

Au masculin :

La résignation s'installe avec des difficultés réelles d'entrer en paternité afin d'éviter à ses enfants les douloureuses expériences du passé. La honte est présente parce qu'il a été impuissant, n'a pas pu enrayer la violence et a été ravagé par la terreur. Alors sa vie sera vouée à la réparation, en ayant une intimité amoindrie et une dette à payer au social. Ces personnes peuvent vouer leur vie aux causes communes et ils feront tout pour ne pas ressembler à leur géniteur.

La colère peur conférer un singulier rapport aux femmes ; selon qu'elles lui paraissent communes ou banales, il aura le sentiment de ne pas être à la hauteur. Cette colère ravalée génère des comportements antisociaux répétés ou le plus fort a toujours raison. Il leur faut se soustraire à cette violence interne.

Synthèse

Généralement, les événements les plus néfastes pour les enfants sont ceux qui proviennent de l'infrastructure chargée de les protéger, c'est-à-dire la famille. L'enfant est corrompu par cette violence puisqu'elle le confronte à un modèle relationnel inadapté. Les parents qui devraient être des soutiens indéfectibles, se révèlent incapables d'être des figures d'identification solides pour l'enfant. Il ne trouve plus la sécurité dont il a besoin pour se construire et cela crée chez lui des sentiments ambivalents : il est entre l'amour et la haine pour son père qui est en l'occurrence l'auteur des violences et il est partagé entre la compassion et la colère pour sa mère, la victime.

L'enfant qui naît dans une famille où règne la violence conjugale, assiste à l'agression et grandit dans un environnement ou la tension est permanente. Il se soumet à l'autorité d'un adulte qui impose sa loi personnelle et transgresse la loi sociale. Les accès violents sont imprévisibles et répétitifs. L'enfant est pris dans un réseau de relations malsain et va présenter les tableaux cliniques complexes, incluant le caractère chronique de leur psychopathologie, renforcé par des dynamiques de dysfonctionnement familial.

Dans le passé on avait cru que les enfants étaient insensibles aux traumatismes, on sait aujourd'hui que c'est l'inverse qui se produit. La personnalité des jeunes victimes est aisément perturbée par l'impact du trauma et risque de subir des altérations indélébiles. Les psycho traumatismes chez l'enfant ont été longtemps minimisés ainsi que leurs souffrances, mais pourtant ils y réagissent par des manifestations cliniques, immédiates ou tardives, aujourd'hui bien individualisés. La violence conjugale engendre un psycho traumatisme chez l'enfant qui se traduit cliniquement par un ensemble de symptômes représentant le PTSD, ce syndrome peut s'installer après l'exposition à la violence conjugale avec persistance des symptômes de dissociation et apparition de symptômes psycho traumatiques spécifiques tels que les symptômes de reviviscences, les conduites d'évitement et les symptômes d'hyperactivité.

Le PTSD représente un vrai handicap psychique pour sa vie future, il bouleverse et peut provoquer des effets pathogènes durables dans l'organisation psychique. Les études confirment que la majorité des enfants vivent le trauma dans l'effroi, l'horreur, le sentiment d'impuissance et d'abandon et ils le vivent avec un ensemble de symptômes, le tout donnant lieu aux réactions de stress dépassé voire à des réactions franchement névrotiques et psychotiques. Les troubles peuvent avoir une évolution prolongée sur des années, se compliquer, être responsable d'un handicap marqué et peser lourdement sur le développement. A ces âges de grande vulnérabilité, l'état de stress peut s'associer ou être suivi d'autres troubles comme par exemple : anxiodépressifs, addictifs ou le risque de tentative de suicide. Le sentiment de culpabilité et la dépression sont souvent présents aussi, mais si la colère est tournée vers l'extérieur, elle se manifeste par des réflexes agressifs. L'impact de la violence conjugale chez l'enfant entraîne des difficultés à faire confiance, à moduler les affects et la frustration, une inversion de rôles parents-enfants, de la honte, de la culpabilité et dans tous les cas une image de soi négative.

La prise en charge psychologique précoce, la sensibilisation des différents intervenants permet de retrouver l'équilibre et de prévenir des pathologies ultérieures. Il s'agit moins de « réparé » que de faire ressurgir les ressources psychologiques dont l'enfant a besoin pour retrouver goût à la vie. Pour tous les auteurs, une intervention unique ne peut être qu'une étape qui permet avant tout d'initier un travail personnel d'assimilation de son expérience traumatique, pour ceux qui souffrent et ne peut suffire à résoudre le trauma. Le trouble le plus pathognomonique au moment de l'effraction traumatique étant celui de la dissociation périe traumatique. Il convient logiquement de développer des actions de soins qui favorisent un processus de réorganisation de la pensée pour une réappropriation de l'événement paru comme irréel et en permettant une intégration structurée dans la mémoire du sujet. Nous concluons ce chapitre en constatant que l'enfant exposé à la violence conjugale n'a pas de base affective, ni de figures d'attachement stables et sécures pour bien se développer.

Chapitre 4

Problématique

« L’enfant c’est tout, il est l’avenir, il est l’espoir, il vaut mieux que nous, dans son innocence »

Jules Claretie (1868)

1) *Intérêt et objectifs de la recherche*

Dans le cadre d'une approche explicative, cette recherche a pour intérêt de développer un modèle de compréhension du réel impact psychique de la violence conjugale sur les enfants exposés âgé de 6 à 12 ans.

Il s'agit d'étudier leur comportement, leur ressenti et leur vécu, en nous appuyant sur la théorie de l'attachement comme modèle explicatif de la violence conjugale. Cette dernière est appréhendée essentiellement à travers la violence physique, mais aussi psychologique et sa fréquence afin de saisir au plus près l'environnement de l'enfant.

L'objectif majeur de cette étude est d'attirer l'attention sur la souffrance et la détresse des enfants exposés à la violence conjugale, qui sont profondément et durablement affectés par cette expérience de vie. Etant souvent sous-estimés ou négligés par les professionnels confrontés à ce fléau, ces enfants subissent un réel traumatisme, ancré dans leur personnalité en devenir car le milieu familial dans lequel ces enfants doivent vivre est indiscutablement « un environnement toxique » qui dans bien des cas, compromet gravement leur bien-être et leur développement et même leur avenir. Plus précisément, nous avons choisi d'accorder une place centrale à l'enfant évoluant dans ce contexte en le considérant comme victime directe de la violence tout autant que sa mère.

Notre objectif secondaire est d'étudier l'influence spécifique de ce contexte de violence sur le psychisme des enfants âgés de 6 ans à 12 ans. Nous allons à travers cette recherche vérifier si les enfants exposés présentent un état de stress post traumatique qui aura des effets à long terme sur la construction de leur personnalité et d'évaluer l'impact psychique de cette violence sur leur santé, leurs comportements, leur fonctionnement psychique et d'étudier le vécu du traumatisme psychique et la relation mère-enfant.

2) ***Problématique de la recherche***

Dans la présente problématique, nous tenterons d'apporter des éléments de réponses à ces interrogations, en nous appuyant sur les aspects théoriques développés précédemment.

La violence conjugale constitue un problème majeur dans le monde et c'est une des formes des plus courantes de violences subies au sein de la famille et du foyer. L'Algérie n'est pas épargnée par ce fléau et les chiffres présentés au début de cette recherche ne sont qu'un petit aperçu d'une réalité bien plus conséquente.

En 2015, c'est à travers une expérience professionnelle comme psychologue clinicienne principale au sein du service de médecine légale du CHU d'Oran, que nous avons été confrontés, non seulement à la souffrance de ces femmes victimes, mais aussi à celle des enfants exposés et c'est de là qu'est naît notre intérêt. Car à ce jour les professionnels de la santé se sont préoccupés surtout que des femmes victimes de violence conjugale et pourtant ce n'est pas les seules qui se trouvent en détresse. Les enfants semblent souffrir tout autant ou plus, car ils voient, entendent et sont exposés d'une façon brutale à des actes de violence commis à l'égard de leur mère par leur propre père. Ils peuvent être des témoins oculaires ou se trouver dans une autre pièce. Ils peuvent également constater les résultats de la violence. Ils voient et entendent des scènes qui vont de la violence psychologique à l'agression physique ou sexuelle. Ils entendent presque toujours la violence verbale et les insultes qui accompagnent la violence physique et qui peuvent également se produire à d'autres moments. L'atmosphère familiale est souvent caractérisée par un manque total de respect de l'agresseur à l'égard de la victime qui, à de nombreux égards, se trouve réduite à l'impuissance et au désarroi. Par conséquent l'enfant exposé grandit dans un environnement familial gravement perturbé. La tension est permanente, il vit dans la confusion, obligé de se soumettre à l'autorité d'un adulte qui impose sa loi personnelle et transgresse la loi sociale. Les accès violents sont imprévisibles et répétitifs, l'enfant est donc corrompu par cette violence conjugale puisqu'elle le confronte à un modèle relationnel inadapté : les parents, qui devraient être des soutiens indéfectibles, des modèles, se révèlent incapables d'être des figures d'identification solide pour l'enfant. Il ne trouve plus la sécurité dont il a besoin pour se construire et cela crée chez lui des sentiments ambivalents. Il est entre l'amour et la haine pour son père qui est en l'occurrence l'auteur des violences et entre la compassion et la colère pour sa mère, qui est en l'occurrence la victime et qui dans la plupart du temps subit les violences en silence. En plus de cela, l'enfant éprouve des sentiments de culpabilité face à cette violence, se demandant constamment : est-ce ma faute ?

Des études sur l'impact de la violence conjugale sur l'enfant montrent que la première réaction de l'enfant exposé à une scène de violence pouvait être la culpabilité de n'avoir rien tenté pour aider ses parents (Fortin, Cyr et Lachance, 2000). Cette culpabilité et l'angoisse générées par cette situation, les rend encore plus vulnérables et engendrent de multiples troubles psychiques.

La majorité des recherches sur cette problématique est issue de travaux nord-américains (Fortin 2005). Selon les chercheurs, les enfants qui grandissent dans des familles ou sévit la violence conjugale, peuvent présenter des troubles comportementaux et émotionnels et des

états de stress post traumatique. Aussi, la violence conjugale peut faire de ces enfants des futurs auteurs de violence ou victimes, les troubles psychiques et la mortalité chez les nourrissons et les enfants sont aussi plus élevés.

En effet, certaines études attestent que les enfants exposés développent davantage de problèmes d'ordre intériorisés tels que l'anxiété ou la dépression (Katz, Hessler & Annest, 2007), alors que d'autres identifient plus de problèmes extériorisés comme des troubles du comportement, des passages à l'acte (Kernic &al, 2003). De plus, d'autres conséquences ont été repérées chez les enfants exposés à la violence conjugale. Certains travaux se sont focalisés sur la présence de symptômes de stress posttraumatique, décrivant alors que vivre dans un contexte de violence conjugale représente une situation potentiellement traumatique pour les enfants. Comme nous l'avons vu, il semble que l'exposition à la violence conjugale augmente le risque de développer ces symptômes de stress post-traumatique (Card 2005). D'autres aspects du développement des enfants exposés à la violence conjugale notamment, la qualité de la relation mère-enfant (De la Sablonnière & Fortin, 2010 ; Thornton, 2014), l'estime de soi ou des problèmes de santé physique sont également identifiés comme conséquences.

Les troubles peuvent variés chez les enfants exposés, il serait donc intéressant de prendre en considération les facteurs influençant l'impact de la violence conjugale sur les enfants, comme la qualité de l'attachement de l'enfant a sa mère. De ce fait nous avons choisi d'accorder une place centrale à l'analyse de la relation mère enfant, en considérant la qualité de l'attachement de l'enfant à la mère comme un facteur positif, important et intermédiaire entre le contexte de violence conjugale et le développement affectif de l'enfant. Nous souhaitons aussi mettre en lumière les différentes représentations des enfants sur la violence conjugale en prenant en considération leurs points de vue. Ces enfants ne sont pas libres de quitter leurs parents et de fuir la violence, mais ils subissent cette violence. Dès lors, l'enfant étant dépendant de ses parents, devient un membre actif de la violence dans le couple et ne peut être considéré comme extérieur à celle-ci. Au-delà d'en être exposé, il en subit directement les effets, il les ressent et doit vivre avec.

Nous avons vu que de nombreuses études se sont intéressées aux conséquences pour les enfants de vivre dans un tel contexte (Doucet & Fortin, 2014) et c'est à leur lecture que nous avons émis les interrogations suivantes :

Problématique principale

- ✓ Il existe un impact psychique et développemental réel de la violence conjugale sur les enfants exposés âgés de 6 à 12 ans

Problématiques secondaires :

- ✓ La violence conjugale engendre-t-elle un réel traumatisme psychique chez les enfants exposés, traduit cliniquement par les symptômes de l'état de stress post traumatique (PTSD) ?
- ✓ Quels sont les manifestations sous différentes formes de ce traumatisme ?

- ✓ Quelles prises en charge proposer ?

3) Hypothèses de recherche

Selon les études, la violence conjugale est donc à l'origine d'importants traumatismes sur les enfants qui y sont exposées et qui les subissent, ainsi que l'émergence de troubles extériorisés et intériorisés cliniquement observables. Lors des violences conjugales les enfants vont grandir dans un climat de grande insécurité et de terreur, certains travaux se sont focalisés sur la présence de symptômes de stress post traumatique. Notons qu'il est essentiel de prendre en compte ces conséquences psycho traumatiques des violences conjugales chez les enfants pour pouvoir mieux les comprendre, mieux les protéger, mieux dépister leurs souffrances et les risques qu'ils peuvent courir, afin de mieux les prendre en charge et de mieux prévenir de futures violences. Il faut être attentif à ne pas sous-estimer l'impact psychologique des violences sur les enfants, à ne pas le banaliser et à ne pas mettre sur le compte du jeune âge des troubles qui sont des indicateurs de souffrance.

Pour notre recherche, nous nous sommes appuyés sur la théorie de l'attachement (Bowlby, 1973) postulant que les enfants développent des modèles internes ou représentations des relations familiales sur lesquels ils s'appuient comme un guide, au cours de leur vie, afin d'intégrer des nouveaux paramètres pour les aider à négocier de nouvelles expériences sociales. Les représentations initiales constituent donc une structure de base pour construire d'autres relations. Dans le contexte de violence conjugale l'enfant exposé, développe un attachement insécure surtout si la mère elle-même victime, ne prend pas conscience de l'importance du lien mère-enfant, car ce dernier représente un facteur de protection qui aide l'enfant à dépasser le traumatisme.

Pour tenter d'éclairer nos interrogations, on propose les hypothèses suivantes :

Hypothèse principale :

- ✓ La violence conjugale a un impact néfaste sur le psychisme des enfants exposés âgés de 6 à 12 ans.

Hypothèses secondaires :

- ✓ La violence conjugale engendre chez les enfants exposés un réel traumatisme qui se traduit cliniquement par les symptômes de l'état de stress post traumatique (PTSD).
- ✓ La violence conjugale engendre des troubles du comportement intériorisés et extériorisés chez les enfants exposés à la violence conjugale.
- ✓ L'attachement sécurisant à la mère est un facteur de protection pour l'enfant. Il influence l'association entre la violence conjugale et le traumatisme et aide à l'atténuation des symptômes du PTSD.

4) ***Limites de la recherche actuelle***

Malgré la lutte contre la violence conjugale (La loi n°15/19 du 30 décembre 2015[24]) il faut avouer que ça reste un sujet tabou et sensible dans notre société. Un sujet teinté de culpabilité pour les femmes qui « osent » porter plainte contre leur époux. Dans une société patriarcale où les représentations collectives tendent à considérer la domination et l'agressivité de l'homme comme « normale » tolérable et acceptable et sont même perçus comme des signes de virilité.

La difficulté majeure que nous avons rencontrés dans cette recherche est d'accéder directement aux enfants exposés, car ils se trouvent sous la coupe des mères victimes, hyper protectrices, voire étouffantes, en désarroi (souvent ne voyant pas la souffrance de leurs enfants ou la minimisant, pour atténuer les sentiments de leurs propre culpabilité). Certains auteurs pensent que les mères tendent à sous-évaluer les problèmes de leurs enfants (Grasso et al. 2016). En effet, ces mères ont tendance à s'isoler dans leur souffrance et maintenir leurs liens dans ces relations conjugales toxiques, entrainant avec eux leur enfants exposés, qui se trouvent souvent déscolarisés, ou même balader de ville en ville et cela est dû au caractère cyclique de la violence conjugale : les phases de réconciliation, ou les crises où la mère peut brutalement couper tout contact avec les différents intervenants comme le psychologue, la police ou arrêter les poursuites judiciaires et reprendre le cours de sa vie, jusqu'au prochain évènement violent…

Une deuxième limite se réfère au fait que les mères sont souvent les seules répondantes dans les études visant à documenter le phénomène de l'exposition des enfants à la violence conjugale, car bien qu'ils ne soient pas notre sujet d'étude, nous aurions souhaité approcher les maris violents, pour une compréhension plus large du phénomène et même une intégration dans le processus thérapeutique, car les mères et les pères vivent différemment la situation de violence conjugale. Il se peut donc que les mères et les pères aient une perception différente du vécu de leurs enfants. Mais les hommes auteurs de violence sont restés hors d'atteinte.

[24] La loi modifiante et complétant l'ordonnance n° 66-156 du 8 juin 1966 (code pénal), criminalise la violence conjugale, le harcèlement de rue, le vol entre époux et la dépossession des biens de la femme par l'époux

Contexte pratique

La violence conjugale est une des aberrations les plus affligeantes de la société humaine.

Louis Côté

Chapitre 5

Méthodologie de la recherche

« L'être humain maltraite quand il ne se sent pas aimé et quand il est plus intéressé par une relation de domination que par une relation d'amour »

Juan Luis Linares 2008

1) *Le contexte de la violence conjugale*

Dans ce chapitre, nous présentons nos principaux choix méthodologiques relatifs à nos critères de sélection, concernant notre échantillon d'étude. Toute démarche de recherche scientifique est guidée et planifiée à l'aide d'une méthodologie précise, constituant la phase opérationnelle de la recherche. Puis nous préciserons la méthode choisie et les outils de recueil des données mobilisés, afin de tester notre hypothèse générale de recherche : « La violence conjugale a un impact psychique néfaste sur les enfants exposés âgés de 6 à 12 ans »

La violence à laquelle on se réfère dans notre étude concerne les femmes victimes et les hommes agresseurs, car selon la littérature la violence masculine est prédominante sur la violence féminine qui reste plus discrète et subtile : « on note que les enfants sont davantage susceptibles d'être témoins d'actes de violence contre leur mère que contre leur père » Rinfret-Raynor et Cantin (1994).

On a également retenu au premier abord la forme physique de la violence conjugale comme critère de sélection. Selon Johnson (2014), l'homme est l'auteur de violence physique dans 97% des situations qui impliquent un couple, sans pour autant nier l'existence ou minimiser la portée des autres formes de violences, car on a constaté que la violence physique est souvent accompagnée de violence psychologique et parfois d'autres formes aussi. Ces violences sont assez fréquentes, débutant généralement dès le début de la vie conjugale, avec des périodes d'accalmie assez courtes et s'accentuant avec les naissances des enfants. La durée d'exposition à la violence conjugale, qui s'entend en termes d'apparition de la violence dans la vie de l'enfant a été limité a plus d'une année, car on estime que ce temps est suffisamment long et qu'il peut perturber l'équilibre de l'enfant, excepté pour un seul cas, tous les enfants étudiés ont été exposé depuis leur naissance, puisque les violences conjugales ont débuté dès la première année du mariage et surtout avec la naissance du premier enfant. En effet, la violence conjugale serait plus fréquente chez les couples mariés avec des enfants que chez les couples qui n'en ont pas.

Pour notre recherche, nous nous appuyons sur un modèle théorique : l'attachement de Bowlby (1969) qui a proposé cette théorie pour expliquer la pulsion de l'humain à former des relations avec les autres et à chercher un certain niveau d'accessibilité auprès des personnes significatives dans son environnement (des figures d'attachement). Selon cette théorie, des parents présents, affectueux aident au bon développement émotionnel de l'enfant, qui développe alors graduellement un sentiment de confiance en lui et en la relation d'attachement. Il intègrera alors une base sécurisante pour explorer le monde. Ainsi, sur la base de ses interactions précoces, l'enfant développe des modèles cognitifs de son rôle et du rôle d'autrui en relations interpersonnelles qui, en retour guident ses attentes et influencent ses relations (Bowlby, 1973).

À l'inverse un attachement insécure aux parents engendre une mauvaise représentation des relations familiales, de l'anxiété et des sentiments d'insécurité. Cette théorie explique que les figures d'attachement durant la petite enfance se transposent sur le choix amoureux plus tard, expliquant en partie le comportement des auteurs de violence conjugale qui ont connu dans

leur enfance un attachement insécure ou ont été exposés à la violence conjugale, intégrant de ce fait ce modèle négatif de représentation des relations conjugales et des relations familiales. Donc la qualité et le type de relation conjugale seraient influencés par l'histoire relationnelle et familiale de chaque conjoint. Car même la femme violentée aurait, dans bien des cas, été dans son enfance soit exposée à la violence conjugale, soit victime de maltraitance.

Enfin, l'attachement sécure ou insécure, guide le comportement, les attentes et les besoins de chacun, il explique les attitudes violentes et le retentissement sur les enfants qui pourraient à leur tour intégrer ce modèle de relation et une fois adultes reproduire la violence ou devenir victimes de maltraitance.

2) *Le Processus du choix des cas étudiés*

2.1. *Profil de notre échantillon d'étude :*

Afin de respecter les droits fondamentaux des personnes rencontrées et conformément à la déontologie, à savoir le respect de la sphère privée et pour garantir la confidentialité, il a été décidé de ne citer aucun nom des personnes interrogées mais uniquement leurs initiales et leurs professions. Pour répondre à la question de recherche, nous avons choisi la méthode clinique, de type qualitatif et déterminé les critères et les outils suivants :

- Les familles sont repérées dans les services de prise en charge des femmes victimes de violence conjugale (Service de médecine légale du CHU d'Oran). La population des femmes victimes de violence conjugale et des enfants exposés n'est pas facilement accessible. En effet, la problématique qui est la leur, nécessite qu'elles aient entrepris des démarches afin d'être connues des associations de victimes, des centres d'hébergement (peu nombreux) ou des structures de soin. Ces femmes sont donc dans une démarche de demande d'aide même si elles ne souhaitent pas toujours quitter le conjoint violent. La visibilité de ces personnes dépend donc de leur sollicitation vers l'extérieur. Pour recueillir nos informations, les mères sont donc majoritairement sollicitées afin d'apporter des éléments de leur réalité de victimes. Elles doivent aussi déterminer si les enfants ont assisté aux épisodes violents et évaluer leur développement affectif. Lorsque les sujets rencontrés dans une étude sont uniquement les mères, il est possible que celles-ci, trop perturbées par leurs propres difficultés, sous-estiment l'exposition de leurs enfants à la violence conjugale de même que les problèmes intériorisés qu'elle engendre, et qu'elles surestiment les problèmes extériorisés. En effet, si on déplace la perspective du côté des enfants, presque tous disent avoir été exposés, de quelque façon que ce soit à la violence conjugale, l'évaluation des difficultés de l'enfant est souvent examinée du point de vue des mères et parfois d'un autre adulte tel que l'enseignant.
  Dans le cadre de cette recherche, nous avons souhaité saisir les représentations de l'enfant concernant le contexte d'adversité de la violence conjugale dans lequel il évolue ainsi que les effets sur son psychisme. Ainsi, nous avons inclus au sein de notre recherche, les mères volontaires et leurs enfants, dont l'avis a également été requis. Nos données proviennent donc de deux sources principales : la mère et l'enfant.

- **L'échantillon** se compose de (5) cinq enfants, âgés de 6 à 12 ans, issus de familles violentes, exposés à la violence conjugale durant une période de plus d'une (1) année, et de (4) quatre mères victimes de violence conjugale (forme physique) de la part de leur conjoint durant une période excédant une année.

2.2 Les variables :

- **Sexe** : le sexe des enfants reste une question complexe à examiner au regard des effets du contexte de violence conjugale sur le développement des enfants. Les différentes études obtiennent des résultats contradictoires, soit en trouvant des différences significatives. Soit en relevant aucune. Donc pour notre étude, nous avons choisi d'inclure les deux genres (garçons et filles)

- **Age :** Les recherches se sont davantage intéressées au développement des enfants d'âge scolaire (65,5%) (De La Sablonnière & Fortin, 2010). Nous avons situé l'âge des enfants étudiés entre 6 et 12 ans. Cette tranche d'âge est intéressante dans la mesure où commence la phase d'apprentissage scolaire ou encore la socialisation et où les enfants ne sont pas encore face aux transformations perturbatrices de l'adolescence. En effet, pour approcher au plus près du vécu de l'enfant évoluant dans ce contexte de violence et pour appréhender son point de vue, il est nécessaire que celui-ci soit en capacité de l'exprimer, soit par son âge développemental, soit en adaptant les outils nécessaires pour obtenir les informations.

- **Fratrie :** nous avons inclus les enfants d'une même fratrie puisque la tranche d'âge est suffisamment large pour que des enfants issus d'une même fratrie correspondent aux critères. Au sein de cet échantillon, une fratrie a été rencontrée et interrogées, les autres pouvaient toutefois appartenir à une fratrie mais les frères et sœurs n'ont pu être interrogés parce qu'ils ne correspondent pas aux critères de sélection. Le fait d'appartenir à une fratrie ainsi que la place occupée en son sein jouent un rôle dans le développement de l'enfant (Troupel & Zaouche-Gaudron, 2006) et dans son évolution. En effet, dans un contexte de violence conjugale, la fratrie peut être une ressource pour l'enfant qui sera moins isolé et pourra être protégé par ses aînés. De par son rang dans la fratrie, l'enfant, notamment l'aîné, pourra endosser des rôles parentaux, certaines responsabilités vis-à-vis de ses parents et de sa fratrie.

- **Statut social :** l'exercice de la violence à l'égard des femmes concerne toutes les couches sociales, les personnes de tous les âges. Cette problématique peut affecter les personnes indépendamment de leur genre, de leur niveau d'instruction ou de leur niveau socioéconomique, alors le statut social, la situation socioéconomique, ainsi que le niveau d'instruction des parents n'ont pas été pris en considération afin d'approcher tous les niveaux sociaux.

- **Durée d'exposition à la violence conjugale de l'enfant : La** durée d'exposition à la violence conjugale s'entend en termes d'apparition et de durée de la violence dans la vie de l'enfant. Elle se décline en quatre (4) modalités : dès la naissance de l'enfant, entre 6 mois et 3 ans, entre 3 et 6 ans et après les 6 ans de l'enfant. Pour notre recherche nous avons limité la durée d'exposition à plus d'une (1) année à partir de 6 ans.

2.3.Les symptômes du PTSD chez l'enfant exposé à la violence conjugale

Une des dimensions des plus étudiées chez les enfants exposés à la violence conjugale concerne les symptômes de stress post-traumatique. Les chercheurs tentent d'explorer si le fait d'être exposé peut constituer un risque de développer des symptômes de stress posttraumatique. Graham Bermann et Levendosky (1998) se sont intéressés au lien entre les symptômes d'état de stress post-traumatique et l'exposition à la violence conjugale des enfants âgés entre 7 et 12 ans. Leurs résultats indiquent qu'un nombre significatif d'enfants exposés à la violence conjugale ont des symptômes d'état de stress post-traumatique. Chemtob et Carlson (2004) indiquent que 40% des enfants de leur échantillon présenteraient des symptômes de stress post-traumatique et spécifient que les mères auraient tendance à sous-estimer la détresse des enfants, d'où l'importance de multiplier les sources de renseignements (mère, enfant, enseignant). L'étude de Lehmann et Elliston (2001) fait état d'un effet direct du type de violence conjugale auquel les enfants ont été exposés sur les réponses traumatiques manifestées par les enfants.

Pour notre recherche l'impact de la violence conjugale sur les enfants exposés a été évalué par rapport à la présence des symptômes de l'état de stress post-traumatique, en nous référant aux critères de diagnostic du DSM 5. Cinq indicateurs ont été pris en considération : la reviviscence de l'évènement traumatique, l'hyper vigilance, l'évitement, les altérations négatives des cognitions et de l'humeur, l'anxiété.

Etablir le diagnostic du PTSD n'est pas chose facile, il est important de détecter précocement les symptômes chez les enfants car s'ils ne sont pas traités, ils peuvent engendrer des troubles de développement. Le PTSD peut avoir un impact sur le fonctionnement cognitif, l'initiative, les traits de personnalité, l'estime de soi et le contrôle de l'impulsivité ainsi que des comportements régressifs et une tendance au pessimisme. On a aussi évalué l'impact de la violence conjugale sur les enfants exposés par rapport à la présence des conduites intériorisées et extériorisées :

•les conduites intériorisées sont dirigées vers soi, ils font référence à l'anxiété, la dépression, le repli sur soi, les angoisses, la colère, les plaintes somatiques…
•les conduites extériorisées sont dirigées vers l'autre : agressivité, comportements délinquants…

Ainsi que les troubles de l'attention, les problèmes sociaux, les difficultés scolaires et les troubles de la pensée. Comme pour les symptômes de stress post-traumatique, l'attachement et la qualité des relations parents-enfants sont souvent intégrés dans les recherches en tant que

médiatrices. En effet Doucet et Fortin (2014) indiquent que la qualité de la relation mère-enfant joue le rôle de facteur de protection. De manière générale, les études tendent à démontrer l'effet de la violence conjugale sur la qualité de la relation de l'enfant avec les parents, principalement parce que cette violence affecte la sécurité de l'enfant et le fragilise.

3) Modes de collecte des données

3.1. L'approche qualitative

Pour répondre à la question de recherche, l'approche méthodologique privilégiée est de type qualitatif par le biais de méthodes cliniques et d'étude de cas. Cette approche considère les sciences humaines comme des disciplines spécifiques en raison des particularités de leur objet d'étude, à savoir le comportement humain, elle prend en compte les dimensions affectives, les significations sociales et psychiques du sujets rencontrés. Elle s'intéresse aussi à l'analyse de données difficilement quantifiables (Turcotte, 2000) comme c'est le cas dans cette recherche. L'utilisation de cette approche est pertinente, car elle permet de mieux comprendre le vécu et le traumatisme des enfants exposés à la violence conjugale en s'intéressant à leur réalité et à leurs expériences. Mais qu'est-ce que la recherche qualitative ? Muchielli (1996) la définit comme : « une stratégie utilisant diverses techniques de recueil et d'analyses qualitatives dans le but d'expliciter un phénomène humain où social. Ce fait humain n'est pas visible et nécessite des efforts intellectuels intenses pour le recueil des données et l'analyse ».

3.2. L'étude de cas clinique :

Nous avons choisi l'étude de cas clinque car c'est une méthode particulière de recueil, de mise en forme et de traitement de l'information. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques, analyse du contenu, témoignage de proche) afin d'avoir une compréhension globale d'un sujet. Cette description précise d'une situation complexe permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble et d'observer l'action d'un grand nombre de facteurs interagissant ensemble.

L'étude de cas est définie comme « l'observation approfondie de sujets particuliers, au cours de laquelle on recueille toutes les données possibles concernant une seule personne, comme le milieu de vie, l'incidence psychologique de certains évènements sociaux, on oppose cette pratique à l'étude quantitative » (Norbert Sillamy 1999)

Pour Muchielli (1996) « la démarche clinique consiste à considérer le sujet dans sa singularité historique et essentielle pour l'appréhender dans sa globalité à travers une relation personnelle nouée avec lui. Cette démarche mène le chercheur à l'examen approfondi, à l'aide des méthodes qualitatives qui lui paraissent pertinentes, d'un cas individuel en situation ».

Pour Lagache, l'étude de cas est une méthode clinique qui envisage la conduite dans sa propre perspective, relève aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain aux prises avec cette situation…. « Cherche à établir le sens, la structure et la genèse et ainsi

déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces derniers ». (Chahraouri Kh. Bénony H, 2003).

3.3. L'entretien clinique

L'entretien clinique est le temps essentiel de l'évaluation. Il reste un outil d'investigation privilégié (Blanchet 1991). Dans une perspective de recherche, il est fréquemment associé à d'autres techniques telles que l'observation ou le questionnaire. L'entretien clinique est important car il met en relation le chercheur et l'autre dans une situation de face à face et d'échange particulier. Il permet d'obtenir des informations sur le psychisme du patient, son objet est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne malade ou en bonne santé, dans sa globalité et son individualité. Son but peut être diagnostique et ou thérapeutique. Diagnostique dans la mesure où il permet de repérer les symptômes, puis de les classer et de connaitre le fonctionnement psychique de la personne. Thérapeutique en ce sens qu'il peut parfois, avoir une action bénéfique immédiate. Ce procédé qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus.

Nos entretiens ont donc été à la fois des entretiens de recherche et thérapeutiques. Notre relation thérapeutique a été basée sur l'écoute empathique (tout en dirigeant le discours des enfants vers notre but de recherche), sans trop poser de questions. L'accès aux informations a été facilité par notre attitude que nous voulions chaleureuse et réconfortante vis-à-vis des enfants traumatisés qui sont sérieusement ébranlés par l'effraction traumatique, surtout devant le rappel des évènements traumatisant donc des scènes de violence. Nous avons « laissé venir l'enfant »et souvent il « venait ». Nous avons vu séparément les enfants et les mères pour éviter toute influence, donné une importance au vécu des évènements traumatisants, aux symptômes de l'état de stress post traumatique, aux comportements et aux troubles du comportement et enfin aux figures d'attachement et surtout à la relation mère-enfant.

- ***L'entretien semi directif***

Cet entretien est mené sur la base de questions préparées à l'avance qui sont regroupées sous la forme de thèmes et de sous-thèmes dans un guide d'entretien. Le patient développe lui-même chaque thème, l'aspect spontané des associations est moins présent dans ce type d'entretien, dans la mesure où le psychologue propose un cadre qui permet au sujet de dérouler librement son récit. Les mères étaient rencontrées seules, pour qu'avant de rencontrer l'enfant, nous saisissions la situation de violence et si celle-ci avait été parlée avec l'enfant. L'entrevue individuelle semi-structurée a été retenue comme principale méthode de collecte de données pour différentes raisons. D'abord, elle constitue un moyen approprié pour répondre à l'objectif de recherche. Cette méthode est fréquemment utilisée en recherche qualitative et elle est pertinente lorsque l'on cherche à mieux comprendre un phénomène. Le fait que l'entrevue soit semi-dirigée représente une autre force : cette forme d'entrevue laisse au participant la liberté de s'exprimer, tout en orientant son discours sur les thèmes qui touchent spécifiquement l'objet de la recherche. Cette méthode permet donc de recueillir un contenu riche pour les analyses, car elle oriente la discussion, mais elle incite en même temps le chercheur à être flexible et à laisser de la place au participant durant la rencontre.

- L'évaluation de la symptomatologie post traumatique chez l'enfant peut se faire au moyen d'entretiens cliniques, d'entretiens semi directifs ou de questionnaires hétéro ou auto-administré. Dans cette recherche les entretiens semi-directifs ont été privilégiés afin de faciliter l'expression des enfants sur le contexte de violence conjugale. Les enfants étaient vus après la mère pendant environ trente minutes. Ses enfants exposés à la violence conjugale, ont fait l'objet lords des entretiens thérapeutiques, d'une évaluation du traumatisme subi, à travers une échelle d'évaluation de l'état de stress post traumatique (CPTS-RI) « le children post traumatic reaction index » Leur point de vue concernant la violence conjugale a été pris en considération.

- L'évaluation a consisté aussi à recueillir les propos des mères violentées, comme le fait remarquer Tremblay : « la personne la plus renseignée et donc là plus en mesure de nous renseigner sur l'enfant, correspond à la mère dans la majorité des cas (98%) ». Les mères devaient déterminer lors des entretiens si leur enfant manifestait une variété de comportements observables comme l'agressivité physique, le repli sur soi, la tristesse, l'anxiété, des comportements anti sociaux, de l'hyperactivité, de l'inattention, etc. Et préciser la nature de l'exposition des enfants à la violence conjugale. Les femmes abordent aussi l'évolution de la relation qu'elle entretient avec leurs conjoints et indiquent dans quelle mesure leurs conjoints usent de violence dans le but de les contrôler. Elles expliquent comment elles perçoivent le vécu des enfants exposés à la violence et leur fonctionnement. Elles répondent aux questions afin de compléter le questionnaire établi par la Direction de la Santé d'Oran ciblant les femmes. Donc l'entretien semi directif a été privilégié avec les mères, pour approcher le type d'investissement développé avec leurs enfants.

3.4. L'observation clinique

En sciences humaines, les enquêtes, les recherches ou les expériences commencent souvent par l'observation des phénomènes à étudier. En clinique l'observation renvoie à l'action de percevoir avec attention la réalité afin de mieux la comprendre. Elle demeure une méthode très utilisée pour recueillir des informations pertinentes sur le sujet. L'observation a donc pour but de relever un certain nombre de faits à partir desquels il sera possible de former une hypothèse que l'on soumettra à la vérification expérimentale. Elle peut être simple, au cours de l'entretien le psychologue note les attitudes du sujet, sa mimique qui peut se faire à partir d'outils comme l'enregistrement, les tests, la grille d'observation (Norbert Sillamy 1999).

Pour Pendineilli (1994) le projet de l'observation clinique vise à : « relever les phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens en les restituons dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans leur contexte ». Pour notre recherche nous avons utilisé l'observation directe qui est Selon Malinowski, une méthode qui requière de décrire le réel, le quotidien et les comportements à partir d'une relation humaine. Par l'observation directe, le chercheur recueille lui-même les informations sans s'adresser aux sujets concernés. Il fait appel à son sens de l'observation. L'observation directe nous a aidés lors des entretiens avec ces enfants exposés à noter les mimiques, les tics, les gestes et toutes les expressions du stress,

de la peur et de l'anxiété…Nous l'avons aussi pratiqué durant la passation de l'échelle d'évaluation.

4) Les outils de collecte des données

4.1.L'échelle d'évaluation de l'impact du traumatisme sur l'enfant ;

(L'index de réaction au stress post-traumatique de l'enfant, CPTS-RI)

De façon générale, les échelles d'évaluation pour les enfants, sont très utilisés et indispensables dans le cadre de la recherche, alors qu'ils le sont moins dans la pratique clinique. Il est cependant indispensable d'avoir recours à des instruments standardisés dont les propriétés psychométriques puissent être reconnues avec précision pour évaluer le syndrome de stress post traumatique chez l'enfant. Ce type d'outils peut être administré oralement aux enfants, s'ils sont adaptés à leur compréhension et à leur niveau de maturation cognitive. Ce qui a justifié notre choix concernant l'échelle que nous avons utilisée pour évaluer le (PTSD). Elle nécessite des capacités langagières et de compréhension ainsi qu'un accès aux représentations de la situation, soit des acquisitions au niveau de la fonction symbolique, dont l'enfant de 6 à 12 ans a acquis.

L'objectif : Les questionnaires permettent de repérer des réactions intériorisées et des conséquences du traumatisme qui ne peuvent être identifiées par l'observation. Concernant le (CPTS-RI), il a été élaboré pour estimer et évaluer l'impact psychologique d'un traumatisme spécifique chez l'enfant et l'adolescent en plus de son aspect diagnostique, il permet de quantifier l'intensité de la symptomatologie chez l'enfant traumatisé. Des recherches ont démontré que les parents sous-estiment les réactions post traumatiques de leurs enfants d'où le choix de ne pas se limiter à l'observation ou à la description des symptômes des enfants exposés à la violence conjugale de la part de leur mère.

Le descriptif : Parmi les auto-questionnaires, l'index de réaction au stress post-traumatique de l'enfant (CPTS-RI) est un outil auto administré spécifique du dépistage des états de Stress Post Traumatique chez les enfants et les adolescents. Elle a été mise au point par Pynoss et Steinberg (1998), cette échelle est des plus utilisées dans le monde, mais aussi des mieux étudiées. La version utilisée dans cette étude correspond aux critères diagnostics du DSM-IV-TR car son adaptation pour le DSM-5 n'est pas encore disponible. Le questionnaire de l'enfant est en une seule partie et comprend 20 items. Dans sa version originale chez l'enfant et l'adolescent Hawkins et col ont retrouvé aussi que le CPTS-RI était l'outil le plus utilisé (cité 33 fois sur 65 dans les études évaluant une symptomatologie post traumatique dans cinq revues de 1995 à 2004) Le CPTS-RI est un outil flexible et adapté à des enfants ou adolescents de différentes cultures, confrontés à diverses expériences traumatiques. Il a été traduit dans plusieurs langues (Arabe, Anglais, Croate, Français, Norvégien…). L'existence de plusieurs recherches qui l'utilisent confirme sa bonne adaptation pour des enfants d'âge et de cultures différentes ou victimes d'expériences traumatiques variées. De manière générale, les filles tendent à présenter des scores plus élevés. Ses propriétés psychométriques ainsi que la rapidité et la facilité avec lesquelles il est administré et coté en font un instrument tout à fait

utilisable et intéressant, tant pour les cliniciens que les chercheurs, pour évaluer le PTSD chez les enfants et les adolescents.

La Méthode d'analyse : Le CPTS-RI est une échelle de 20 items destinés à des enfants de 6 à 16 ans qui évalue les symptômes du PTSD après l'exposition à des évènements traumatiques variés. C'est une échelle administrée par le clinicien mais qui peut aussi être utilisée comme échelle auto-administrée chez des enfants de plus de 8 ans (Pynoos 2002). Les items vont évaluer ses réactions face au traumatisme, on commence par demander si l'enfant a déjà vécu un événement traumatisant, si oui, l'enfant doit se situer sur échelle en 4 points afin de déterminer si ces expériences lui sont arrivées. Chaque item est coté en 5 niveaux de fréquence 0 « jamais » / 1« presque jamais » / 2 » parfois » /3 « souvent » / 4 « presque tous les toujours ». Le score global est constitué de la somme de 20 items et varie donc entre 0 et 80. A chaque item est attribué les points de la réponse de l'enfant, à savoir 0, 1, 2, 3 ou 4. La durée de passation est de 15 à 20 minutes. La gradation en 4 catégories selon le score est évaluée selon les critères suivants ; 0-11 : peu grave / 12-24 : légère / 25-39 : niveau modéré / 40-59 : niveau grave / 60-80 : niveau très grave (Beriaut M Turgeon 2008). Plus l'enfant manifeste des symptômes de stress post-traumatique, plus le score se situe dans des zones déterminant le degré de gravité des symptômes (Voir annexe 1).

Il est important de noter que les items du CPTS-RI correspondent aux critères diagnostiques B (les symptômes de reviviscences), C (symptômes d'évitement et d'émoussement affectif) et D (symptômes d'hyper vigilance) du DSM III R. Notons aussi que les critères diagnostic du PTS sont cependant peu différents entre le DSM III et le DSMIV. La différence se situe par rapport à l'approche de certains symptômes. En plus, il a été démontré que le DSM III, le DSM III R et le DSM IV ont des taux de validité du diagnostic stables.

4.2.La collecte des données sur la violence ciblant les femmes

Afin d'approcher au mieux le phénomène de la violence conjugale, nous voulons présenter des données chiffrées et pour cela nous avons effectué, une collecte des données concernant ces quatre dernières années (2015 - 2018) à travers un questionnaire établi par la Direction de la Santé Publique de la willaya d'Oran (DSP), portant sur la violence faite aux femmes, qui renseigne sur le statut social des femmes victimes de violence conjugale, son niveau d'instruction, sa profession, le caractère de l'agression et sur la nature et la fréquence des violences subies. Il renseigne aussi sur l'identité de l'agresseur, son niveau d'instruction, sa profession et la nature des conséquences immédiates de la violence sur la victime et au final il renseigne sur la nature de la prise en charge (médicale, services de sécurité, psychologique…) de la victime. Notons qu'il n'y a aucune mention portant sur les enfants exposés dans ce questionnaire (Voir annexe 2).

Nous avons comptabilisé le nombre des violences conjugales à partir des consultations médicales, on les a sélectionnées parmi les statistiques concernant la violence faite aux femmes en général. La collecte s'est déroulée au niveau du CHU d'Oran (service de médecine légale). Elle ne concerne que les femmes victimes qui ont officiellement porté plainte au niveau des commissariats de leur commune. Les données ont été présentées dans la première partie de cette étude. Les mères rencontrées ont aussi rempli ce questionnaire, puisqu'elles ont

aussi porté plainte et ont été prises en charge au niveau du service de médecine légale (CHU Oran).

- ***L'analyse des données : analyse du contenu***

Les entretiens ainsi que les réponses des patients contiennent des informations, des données qu'il faut repérer, classer, analyser pour en extraire les significations, donc « décortiquer » pour Mucchielli (1984) tout document parlé, écrit ou sensoriel, contient une quantité d'informations sur la personne qui en est l'auteur. Cette méthode va au-delà de l'analyse statistique des données, puisqu'elle vise à connaître la signification du matériau recueilli. Elle permet donc de connaître la signification qu'une personne concernée donne à la problématique étudiée, tout en s'intéressant à son système de référence plutôt qu'à celui du chercheur.

En clinique, la méthode d'analyse de contenu de récit aide à diagnostiquer les affections psychologiques des patients, pour analyser leurs personnalités, prévoir leurs comportements dans des circonstances particulières et éventuellement remédier aux désordres psychiques. L'analyse de contenu doit être objective (les données seront décrites, analysées et étudiées scientifiquement, méthodique et les données feront l'objet de calculs et d'évaluation).

Chapitre6

Analyse des résultats et discussion

« Un homme n'est jamais si grand

Que lorsqu'il est à genoux pour aider un enfant »

Pythagore

Dans cette partie, nous aborderons nos études de cas cliniques. Nous avons rencontré au total huit (8) cas d'enfants exposés à la violence conjugale, mais nous en présenterons cinq (5) qui correspondent aux critères de notre échantillon d'étude et nous discuterons les résultats issus de cette recherche, à la lumière d'autres travaux réalisés sur cette même problématique.

1) La présentation des cas cliniques

➢ Premier enfant (Ouïs) ;

- Il s'agit d'un enfant âgé de 7 ans. Aîné d'une fratrie de 3 enfants (deux sœurs de 5 et 3 ans) en 2ème année primaire. Exposé à la violence conjugale depuis sa naissance.
- **Date et motif de la consultation :** reçu en consultation psychologique le 08/01/2017 pour troubles du comportement extériorisés, après le dépôt de plainte pour coups et blessures volontaires (CBV) et la prise en charge de la mère par l'équipe du service de médecine légale du CHU d'Oran.

Ouïs est né d'une grossesse à terme. Son développement psychomoteur est normal, sans antécédents médicaux particuliers. La violence conjugale subie par sa mère a coïncidé avec sa venue au monde. Il a donc été exposé dès sa naissance. Scolarisé à 6 ans, son rendement scolaire est moyen. Ouïs présente depuis deux ans une variété de symptômes tels que les troubles du comportement extériorisés rapporté par sa mère.

Il adopte des attitudes agressives avec ses pairs à l'école : « quand il joue, il finit toujours par frapper ses amis et ses jeux sont toujours agressifs ». Même à la maison, avec ses sœurs, il est hyperactif, dort mal et a peu d'appétit. Ces jeux sont très agressifs et répétitifs (ou il reproduit des scènes violentes). Ouïs est constamment dans l'opposition. Son entourage familial et scolaire s'en plaint. Elève moyen, il est déscolarisé depuis deux mois par son père, et se retrouve donc en retard scolaire. Ces symptômes se sont accentués depuis l'évènement qu'il venait de vivre et où il a été quasiment séquestré par son père pour faire pression sur la mère afin de regagner le domicile conjugal.

Les entretiens avec la mère (M) : les entretiens semi directifs ont révélé une femme brisée par la violence conjugale, qu'elle a subi depuis le début de son mariage et précisément lors de sa première grossesse. Agée de 27 ans, mère de 3 enfants, d'un niveau scolaire moyen, la mère est une femme au foyer. D'un tempérament très réservé, elle a porté plainte pour la première fois contre son mari, après des années de violences physiques et psychologiques. Elle a fini par prendre conscience de la gravité de la situation et de son impact sur ses enfants et leurs développements. D'où la demande d'aide psychologique qui émane d'elle.

Lors des quatre (4) entretiens avec M**,** on a constaté qu'elle présente une anxiété généralisée, sa relation avec son enfant est ternie par la violence subie. Face à son enfant, son attitude exprimait du désarroi. En effet, l'enfant était souvent puni physiquement, car elle essayait de canaliser son agressivité et tentait de le calmer sans succès. L'époux auteur de violence est un maçon, âgé de 33 ans. Selon les descriptions de son épouse, c'est un homme violent et instable psychologiquement. La victime a fini par partir du foyer conjugal et à entamer une procédure de divorce.

Les entretiens avec Ouïs : Ouïs a fait l'objet de quatre entretiens, thérapeutique et semi directif. Il est anxieux et présente une instabilité psycho motrice lors des entretiens. C'est un enfant qui a du mal à se tenir sur une chaise plus de dix minutes. Son langage est cohérent, sa mimique est adaptée. Au premier abord, nous avons établi un lien de confiance avec lui, pour l'amener progressivement à nous parler des scènes traumatiques, car les jeux répétitifs et agressifs chez cet enfant représentent le symptôme de reviviscence de la violence à laquelle il a été exposé. Ouïs n'avait jusqu'à maintenant pas pu exprimer sa souffrance avec des mots mais plutôt à travers son agressivité envers les autres enfants et dans les jeux agressifs. En effet, Ouïs reproduisait les scènes de violence auxquelles il a assisté entre ses parents. Nous avons également constaté la présence de plusieurs symptômes comme l'hyper vigilance, car Ouïs est toujours aux aguets et sursaute au moindre bruit. L'évitement comme symptôme du traumatisme est aussi présent, car il refuse l'idée de retourner dans le foyer conjugal.

Avec la mère on a avant tout, apporté un espace d'écoute empathique et chaleureux où la victime de violence conjugale a pu exprimer sa souffrance et son vécu. On a aussi apporté notre soutien psychologique à cette mère à l'humeur dépressive, afin de l'aider à gérer son stress et à fortifier son moi. Enfin on a adopté la guidance parentale lors de laquelle on a préconisé à la mère d'arrêter de frapper l'enfant afin de promouvoir la relation mère-enfant d'un côté et pour ne pas donner à l'enfant l'idée que la violence résout les problèmes d'un autre côté. Comme pour la mère victime, on a apporté à Ouïs la possibilité d'exprimer son vécu librement. Donc le débriefing des évènements traumatiques a été la stratégie thérapeutique adoptée avec lui afin de favoriser une intégration émotionnelle du traumatisme, favorisé un sentiment de contrôle afin de réduire le comportement agressif d'ouïs, et enfin intégré de nouvelles stratégies d'adaptation.

L'échelle d'évaluation du PTSD (CPTS-RI) révèle un score de 48, ce qui correspond à un niveau grave de degré de désordre. Il est donc en zone pathologique.

Nous avons pris le point de vue de l'enfant concernant la violence conjugale auquel il est exposé : « Je ne sais pas si la violence est bonne ou pas, tolérée ou pas », mais Ouïs veut tout de même devenir gendarme quand il sera grand.

Nous considérons que le fait d'être déscolarisé par le père, qui l'avait pris carrément en otage chez lui (ne voulant plus le rendre à sa mère) comme une forme grave de maltraitance sur l'enfant. Car la scolarité représente un droit fondamental pour chaque enfant. Le mari violent voulait à travers cette attitude exercer une pression supplémentaire sur la mère pour qu'elle revienne au foyer et cela représente aussi une violence psychologique. Pour ce cas-là, l'épouse avait pris la décision de divorcer ne voyant chez cet homme aucun espoir de changement positif. Le fait pour Ouïs de s'éloigner de la violence conjugale dans laquelle il a baigné toute sa vie, a eu un effet thérapeutique en soi, car on a alors constaté une reprise de la scolarité, une amélioration du comportement et une diminution de l'agressivité.

Ouïs était instable sur le plan psychomoteur, le débriefing l'a aidé à intégrer le traumatisme, il utilise de moins en moins l'agressivité comme modalité de fonctionnement et il a pu reprendre une scolarité normale. Dans notre prise en charge on s'est appuyé sur la théorie de l'attachement. Donc notre principale préoccupation était de consolider le lien mère-enfant car

ce dernier est souvent mal « attaché » et ressent une insécurité constante face à un père violent et une mère en détresse qui punit son enfant avec des châtiments corporels.

En effet, la mère n'avait pas conscience que cette attitude représente un frein pour son développement et son épanouissement. Il avait connu la violence toute sa vie et elle le punissait aussi pour sa propre agressivité. Tout était violence et il n'avait pas appris un autre mode de fonctionnement, l'arrêt des châtiments corporels a contribué à lui apprendre d'autres formes d'expression et à l'aider à être moins hyperactif. On a relevé chez Ouïs des sentiments ambivalents : il s'agit de conflit de loyauté, car il est pris entre les sentiments d'amour qu'il a pour son père, auteur de violence et la peur qu'il ressent envers lui. Il ne savait pas si la violence était une bonne ou une mauvaise chose, tolérée ou pas. Les séances de thérapie cognitive visaient aussi à corriger ses distorsions cognitives. L'enfant avait une vision plus précise de la violence. Il nous a déclaré vers la fin des séances que si sa mère ne vivait plus avec son père, c'est parce que ce dernier a été violent et a donc condamné cette attitude. Les symptômes révélés chez l'enfant comme la reviviscence, qui s'exprimait dans les jeux agressifs, l'hypervigilance, l'évitement et le score à l'échelle d'évaluation (CPTS-RI) nous conforte à confirmer le diagnostic de l'état de stress post traumatique chez cet enfant. Ouïs correspond, selon nous, à l'enfant en colère (écrasé) décrit par Jean Luc Tournier[25]

[25] Jean Luc Tournier, L'enfant exposé à la violence conjugale, édition de Boeck, 2012

➢ Deuxième enfant (Bouchra)

- Il s'agit de **Bouchra,** âgée de 7 ans, l'ainée d'une fratrie de deux enfants (une sœur âgée de 4 ans) en 2ème année primaire. Exposée à la violence conjugale dès la petite enfance.
- **Date et Motif de la consultation :** reçue en consultation psychologique le 06/02/2017, adressée de la part du médecin légiste pour troubles intériorisés après le dépôt de plainte de la mère pour CBV.

Bouchra est née d'une grossesse à terme, son développement psycho moteur est bon, sans antécédents médicaux particuliers. Scolarisée à 6 ans, son rendement scolaire est excellent. Elle a été exposée à la violence conjugale depuis son plus jeune âge. Bouchra présente depuis quelque mois, des troubles du comportement intériorisés comme une timidité excessive, de l'anxiété, des difficultés à exprimer ses émotions et des troubles extériorisés comme l'agressivité avec ces pairs et une inadaptation sociale comme le vol d'argent (elle volait de l'agent a sa mère d'une manière récurrente depuis une année). La mère nous rapporte que Bouchra assume à la maison des tâches qui ne correspondent pas à son âge, comme le fait de faire le ménage, s'occuper de sa petite sœur et de sa propre scolarité sans aucune aide. Elle est décrite par la mère comme étant indépendante.

Les entretiens avec la mère (R) : la victime de violence est une mère de deux enfants, âgée de 30 ans, elle est femme au foyer, d'un niveau d'instruction secondaire. Elle a subi de la part de son conjoint des violences physiques, sexuelles et psychologiques et des privations matérielles importantes depuis le début de leur mariage. Elle rapporte des problèmes d'ordre social lié à la précarité de leur situation familiale, à la pauvreté et à la difficulté d'avoir un logement décent. Les quatre entretiens semi directif révèlent que R est angoissé. Cette angoisse se manifeste par des troubles du sommeil depuis longtemps. Elle présente des appréhensions et des inquiétudes par rapport à l'avenir de ses enfants. Son humeur est dépressive. On constate d'emblée qu'elle a un comportement éducatif incohérent, car elle responsabilise excessivement sa fille et lui octroie des tâches qui ne correspondent pas avec son jeune âge. Le conjoint auteur de violences est âgé de 33 ans, son niveau d'instruction est moyen, il est fonctionnaire mais selon la mère, ce dernier ne subvient pas correctement aux besoins de sa famille et a même tenté à plusieurs reprises d'expulser la mère et ses enfants hors du foyer conjugal afin de bénéficier tout seul d'un logement social.

Les entretiens aves Bouchra : Bouchra a fait l'objet de quatre (4) entretiens thérapeutiques et semi directifs. C'est une enfant très timide, sa voix est presque imperceptible. Elle reste calme sur le plan psychomoteur, sa mimique est triste. On note chez elle la présence de troubles du comportement intériorisés, comme la timidité excessive, de l'anxiété, une humeur dépressive, des difficultés à exprimer ces émotions et à mettre des mots sur son vécu. Donc au premier abord c'est le contact chaleureux et la réassurance qu'on a adopté pour permettre à cet enfant d'exprimer son vécu et donc de débriefer. Elle a fini par relater les scènes de violence à laquelle elle a assisté entre ces parents et semble plus marquée par le dernier évènement lors duquel, le père a tenté de chasser sa famille de la maison. Bouchra présente

une sur adaptation à la situation de la violence conjugale (elle semble ne pas vraiment en souffrir) et sur investit le rendement scolaire. On a adopté le débriefing des scènes traumatiques et la gérance de l'anxiété.

Avec la maman on a adopté le soutien psychologique ainsi que la guidance parentale afin de rétablir les frontières et déterminé le rôle de chacun, en favorisant les facteurs de protection qui se trouvaient déjà présents tels que les capacités de résilience de Bouchra. La relation entre elle et sa mère a été renforcé et elle a été épargnée de certaines tâches et responsabilités qui ne correspondent pas à son âge.

L'échelle d'évaluation du PTSD (CPTS-RI) révèle un score obtenu est de36 points, ce qui correspond à un niveau modéré de degré de désordre. Nous avons pris le point de vue de Bouchra concernant la violence conjugale. Cette dernière s'exprime très clairement sur le sujet, sans embarras et dit ne pas se sentir coupable puisqu'elle fait de son mieux, c'est-à-dire protéger sa mère. Elle pense qu'il faut qu'elle dépasse cela pour réussir, Bouchra veut devenir médecin quand elle sera grande.

Bouchra souffre mais différemment des autres enfants. Elle est perfectionniste et a des capacités de résilience surprenantes. Les facteurs de protection sont plus importants que les facteurs de risques dans son cas. On a noté une sur-adaptation à la situation de violence dans laquelle elle a baigné toute sa vie. On a relevé aussi un surinvestissement scolaire (son rendement scolaire est excellent et n'a jamais été affecté par les épisodes de violence). Ce surinvestissement constitue en fait une tentative d'évitement, donc une sorte d'échappatoire. Ses capacités personnelles (tel que son niveau de conscience de la situation de la violence) et ses capacités intellectuelles jouent en sa faveur et constituent donc des facteurs de protections. Néanmoins la sur-adaptation n'est pas toujours bénéfique pour l'enfant, car derrière se trouve une grande détresse psychologique non exprimée et l'angoisse générée par cette situation difficile a fini par s'exprimer à travers des troubles intériorisés mais aussi des troubles du comportement comme l'agressivité et le vol d'argent. (Quand un enfant vol au sein de sa famille, il cherche à confronter ses possibilités aux limites des règles parentales et sociales, c'est une déformation du sens du réel et de la famille. Il est très inquiétant du fait de son implication sociale. Le vol chez l'enfant a une signification psychologique et ils naissent souvent d'un sentiment de frustration. Au sein de la famille, par le biais de l'objet volé, l'enfant accomplit un véritable vol d'attention, d'amour. Pour Bouchera, les raisons du vol sont claires, elle a volé par impulsivité et pour compenser un sentiment d'abandon, plus ou moins profond et actuel, car livré a elle-même, elle souffre d'un sentiment d'abandon de la part de ces parents. Notre but est n'en seulement l'abandon de ce comportement mais aussi de prévenir une éventuelle évolution du vol épisodique vers la cleptomanie, l'impulsion incontrôlable à voler qui peut fleurir à l'adolescence.

Bouchra est aussi une enfant parentifiée, ce qui constitue une tentative pour parvenir à un sentiment de sécurité, en assumant de très grandes responsabilités qui ne sont pas accompagnées du soutien parental peut être néfaste à long terme. La prise en charge de Bouchra consistait à mettre des mots sur la situation de violence, donc à débriefer, àgérer son

anxiété, mais aussi dans le renforcement des facteurs personnels de protections déjà présents comme les capacités de résilience de l'enfant.

La guidance parentale a été adopté avec sa mère (la prise de conscience que le fait d'être aussi responsable à son âge, n'est pas en sa faveur et qu'il fallait offrir à cette enfant, le droit de vivre son enfance, malgré les conditions désastreuses). La relation mère-enfant a été renforcée. On considère Bouchra comme une enfant parentifiée et résiliente.

➢ *Troisième enfant : Sirine 11 ans*

- Il s'agit d'une enfant âgée de 11 ans. Benjamine d'une fratrie de 2 enfants, (une sœur âgée de 15 ans), en 5ème année primaire. Exposée à des scènes de violence entre ses parents depuis environ 2 ans.
- **Date et Motif de la consultation** : reçue en consultation psychologique le 25/9/2018, orientée par le médecin légiste pour troubles intériorisés. Sa mère a porté plainte contre son mari et sa belle-sœur pour coups et blessures volontaires (CBV).

Née d'une grossesse à terme, son développement psycho moteur est sans particularité, sans antécédents médicaux. Sirine est exposée à la violence conjugale depuis à peu près deux ans. Scolarisée à 6 ans, elle était jusque-là une excellente élève. Elle présente un cortège de symptômes à type de troubles intériorisés comme de l'anxiété (elle a commencé à se ronger les ongles) de l'angoisse (des inquiétudes et de l'appréhension car elle a peur qu'une chose de mal arrive à sa mère). Son humeur est dépressive. A l'école ses professeurs ont observé un déficit d'attention, des oublis fréquents et donc un réel fléchissement scolaire. En effet, elle a eu de mauvaises notes aux derniers devoirs et dit que devant la feuille d'examen elle oublie tout ce qu'elle a appris à la maison. Se plaint de maux de ventre récurrents (toujours à l'école) et par conséquent elle a peur de ne pas réussir à l'école.

Les entretiens avec la mère (F) : La mère de Sirine est âgée de 39 ans, d'un niveau d'instruction universitaire, femme au foyer. Les conflits ont débuté il y a deux ans suite à un comportement infidèle du mari. Ce dernier âgé de 57 ans, exerce le métier de professeur dans une université. Le couple avait consulté chez un psychologue au privé, qui avait proposé l'hypnose comme thérapie pour le mari, puis une thérapie de couple, qu'ils n'ont pas suivi au final. La mère a un profil psychologique d'une personnalité border line : elle présente des idées obsessionnelles vis-à-vis de l'infidélité de son mari, faisant de cet évènement le centre de ses préoccupations et de la vie familiale (elle a été probablement traumatisée par l'attitude de son mai et pensait être à l'abri de ces problèmes). Cette insistance, ces conflits répétés ont fini par engendrer chez l'auteur un comportement de plus en plus violent. Il avait frappé sa femme à plusieurs reprises devant les enfants en plus de la violence psychologique. Cette agressivité a continué avec la propre famille du mari (belle-sœur et sa belle-mère) quil'ont agressé physiquement alors qu'elle se trouvait chez elle. Le mari a aussi porté plainte contre son épouse pour CBV, car l'épouse ripostait parfois aux violences de son mari. L'épouse n'a

pas voulu porter plainte contre sa belle-mère par respect à son âge avancé. Les disputes entre les époux ne cessaient d'éclater concernant l'affaire en justice. La femme demandait à son mari de témoigner en sa faveur et son mari refusait de témoigner contre sa sœur.

Les entretiens avec Sirine : Sirine a fait l'objet de cinq entretiens thérapeutiques semi directifs. C'est une enfant qui coopère, calme, très polie et intelligente. Elle relate avec aisance les scènes de violences physiques et psychologiques entre ses parents, notamment la scène où la famille de son père a violenté sa mère et où elle et sa sœur étaient présentes (elle semblait encore plus affectée et traumatisée par cette agressivité collective qui venait de sa propre grand-mère et de sa tante). Sirine présente des symptômes du PTSD comme des reviviscences de la scène traumatique (elle pense toujours aux évènements violents), des sentiments de culpabilité (elle trouve qu'elle n'a pas assez aidé sa mère) et de l'hyper vigilance (surtout lorsque son père hausse la voix, elle ressent de la peur pour sa mère, peur qu'il lui arrive quelque chose de mal) et elle est toujours sur le qui-vive. Mais aussi nous retrouvons des comportements d'évitement (elle évite d'aller ou de rencontrer la famille de son père et évite tout contact avec). Elle déclare aimer ses parents mais qu'elle est très en colère contre son père pour son attitude violente. Elle présente donc un conflit de loyauté, car elle éprouve de la culpabilité et des sentiments ambivalents à l'égard de son père.

Sirine a pu débriefer librement sur la situation de la violence, on a eu recours à la gestion du stress pour l'aider à adopter d'autres formes de pensées, plus positives afin de contourner le fléchissement scolaire. La prise en charge psychologique de Sirine a consisté aussi en la prise en charge de sa mère qui présentait un état dépressif avec des conversions somatiques (des douleurs au bras) faisant l'objet de plusieurs séances de thérapie cognitive où nous avons aussi travaillé sur ses idées obsessionnelles, les ruminations et traité les insomnies (avec un anti dépresseur, prescrit par un psychiatre). On note chez la mère une certaine ambivalence, parfois, elle déclare qu'elle veut divorcer et après qu'elle veut sauvegarder le foyer. On a aussi travaillé sur le lien mère-enfant, pour favoriser les compétences maternelles déjà présentes chez la mère avec la guidance parentale. Lors des entretiens, nous apprenons que les violences ont cessé, la mère a commencé à envisager de rester avec son mari, au moins durant l'année scolaire, pour ne pas perturber les enfants en classe d'examens. On note chez elle plus de combativité et de positivité. Sirine a eu, suite à la prise en charge, de meilleurs résultats scolaires et ne présente plus autant de réviviscence de l'événement traumatique.

Le mari s'est présenté au bureau. C'est le seul auteur de violence qu'on a reçu, car il a questionné son épouse sur la nature de nos entretiens. Nous avons eu un bref entretien avec lui, dès le départ il nous a demandé pourquoi il n'a pas été reçu comme les autres membres de la famille. Ces questions refléter des inquiétudes, de l'étonnement par apport à la prise en charge de son épouse et de sa fille, il était sur le qui-vive, inquiet et semblé manquer de confiance en lui, alors nous l'avons rassuré, et on lui a proposé un suivi psychologique auquel il pas donné suite. Nous pensons que c'est plus la peur, qui a motivé sa venue qu'un réel désir de changement ou de prise en charge.

Echelle d'évaluation du PTSD (CPTS-RI) révèle un score de49, ce qui correspond à un niveau grave de désordre.

Nous avons pris le point de vue de Sirine concernant la violence conjugale, elle condamne fermement l'attitude violente de son père, elle était contre toute forme de violences et espérait que son père s'en rende compte et qu'il se fasse « soigner » et Sirine veut devenir médecin quand elle sera grande.

La relation mère-enfant dans ce cas présente un facteur de protection pour l'enfant exposé. La mère a de très bonnes compétences maternelles (sensible, attentionnée, à l'écoute des besoins affectif de sa fille) qu'on a voulu exploiter pour corriger et atténuer les symptômes de l'enfant. En thérapie, on s'appuie sur cet élément pour aider l'enfant indirectement et on favorise le lien mère enfant. Plus il est de qualité, plus l'enfant a des chances de dépasser le PTSD et d'évoluer. Il ne s'agit nullement de justifier la violence masculine, mais forcé de constater que le fait que la mère de Sirine change de comportement et adopte une attitude moins obsessionnelle, ne harcelant plus son mari pour son comportement infidèle, a permis la cessation des violences et le couple a même envisagé de rester ensemble. Notons que l'époux avait présenté des excuses à sa femme et était prêt à entamer une thérapie de couple.

Sirine présente un état de stress post traumatique, les symptômes sont complets (les flash-backs, l'hyper vigilance, et l'évitement) et le score élevé à l'échelle d'évaluation nous conforte à poser le diagnostic du PTSD. Elle présentait beaucoup de troubles intériorisés et quasiment aucun trouble extériorisé. Durant les séances Sirine a eu de meilleurs résultats scolaires (meilleure concentration et moins d'oublis) et on a noté l'atténuation significative des symptômes traumatiques et d'anxiété (maux de ventre). Plus tard on apprendra qu'elle a eu son examen de 6ème avec une excellente moyenne. La mère a été suivie psychologiquement bien longtemps après l'arrêt des entretiens avec Sirine, car elle avait de vrais troubles psychologiques liés à sa personnalité contrairement aux autres mères rencontrées. Elle avait besoin non seulement d'un soutien psychologique mais aussi d'une prise en charge. Dominée par la peur, Sirine correspond à l'enfant (abusé)décrit par Jean Luc Tournier.

Quatrième enfant ; Mohamed 6 ans

- Il s'agit d'un enfant de 6 ans, le benjamin d'une fratrie de deux enfants, (une sœur de 8 ans et un frère adoptif âgé de 9 ans) en 1ère année scolaire, exposé à la violence conjugale depuis les premières années de sa vie.
- **Date et Motif de la consultation** : reçu le 14/11/2018. Orienté par le médecin légiste pour troubles du comportement extériorisés, à la demande de la mère qui a porté plainte contre son mari pour CBV et menaces de mort.

Mohamed est né d'une grossesse à terme, son développement et ses antécédents médicaux sont sans particularités. Scolarisé à 6 ans, ses résultats scolaires sont moyens. Mohamed présente des troubles extériorisés qui prédominent sur les autres symptômes, comme l'agressivité envers ses camarades et envers sa grande sœur. Il frappait les autres enfants, il est hyper actif et présente une attitude très agressive au niveau comportemental et langagier.

Sa mère rapporte qu'après les épisodes violents que la famille a vécus, Mohamed avait perdu l'appétit, mangeant à peine et que tous les jours il prenait un couteau et à plusieurs reprises poignardait l'oreiller. Il mettait ses peluches préférées sur le feu de la gazinière pour les brûler. Elle rapporte aussi des cauchemars dans lequel il lui arrive de citer les scènes traumatiques ou de hurler. Il cassait des objets chez les personnes qui les hébergeaient. Mohamed avait des propos très agressifs, répétitifs comme : « je veux frapper, je veux égorger » « je veux tuer mon père » … Un jour, il a demandé à sa mère ceci : « maa, si on brûlait toute la maison ? » « Si baa porte à nouveau le couteau, moi aussi je le porterai » « je vais tuer tous les hommes quand je serai grand » …

Les entretiens avec la mère (S) ; la mère est âgée de 41 ans, au niveau d'instruction secondaire. C'est une femme au foyer, mariée depuis 11 ans, mère de deux enfants (l'enfant adopté l'a été par le mari avant leur mariage). Les entretiens semi directifs (4) ont révélé qu'elle était très anxieuse et présentait des troubles du sommeil (insomnies), une humeur dépressive et des difficultés à gérer son stress. Elle est victime de violences depuis le début de la vie conjugale. Le mari est âgé de 48 ans, commerçant, son niveau d'instruction est primaire, elle décrit un mari alcoolique, violent physiquement et psychologiquement et nous précise que son mari a été lui-même exposé à la violence dans sa petite enfance. Quand on a reçu S, elle et ses enfants venaient de vivre des épisodes récents d'une violence extrême. Le premier épisode est une scène très violente où l'auteur de violence a proféré à l'encontre de son épouse des menaces de mort en lui mettant un couteau sous la gorge, sous les yeux des enfants. Paniqué, Mohamed, tout en hurlant, avait griffé son père au visage en tentant de défendre sa mère, sa sœur aussi hurlait. Un autre épisode tout aussi dramatique où le père fortement alcoolisé, en voulant rester un peu avec ses enfants, qui avaient peur de lui et le fuyaient, est rentré dans une colère noire, frappant sa tête à plusieurs reprises puis l'enfonçant dans une vitre. Il s'est blessé grièvement, son visage plein de sang devant les enfants horrifiés par la scène. Suite à cela l'époux a mis sa femme et ses enfants dehors. Ils étaient hébergés

par une amie, pendant quelques jours, vu que la famille de la mère habite dans une autre ville (la mère ne voulant pas quitter la ville pour ne pas déscolariser les enfants). S punissait Mohamed par des châtiments corporels, pour tenter de le canaliser, ce qui accentuait ses troubles et son agressivité.

Les entretiens avec Mohamed : lors des entretiens thérapeutiques, cinq au total, Mohamed est anxieux, relativement stable sur le plan psychomoteur. Il raconte d'emblée et avec une grande aisance les scènes traumatiques. Il présente des reviviscences (il en parle toujours, y pense toujours, même à l'école et reproduit les scènes traumatiques avec des jeux agressifs, fait des cauchemars…). Il présente aussi des troubles du comportement extériorisés très bruyants comme de l'agressivité, de l'hyperactivité, il ne cesse de nous répéter lors des entretiens, des phrases comme : « je veux frapper, je veux égorger » « si mon père porte à nouveau le couteau, je le porterai aussi » … Il présente aussi à moindre intensité, des troubles intériorisés comme l'anxiété, se ronge les ongles et n'a pas d'appétit ce qui révèle souvent une humeur dépressive. Mohamed présente un conflit de loyauté envers son père car il éprouvait des sentiments ambivalents. Pour Mohamed, on a utilisé comme premier choix thérapeutique d'abord le débriefing, d'autant plus que les épisodes dramatiques étaient très récents et des séances de soutien psychologique pour réassurer l'enfant, ce qui l'a aidé à retrouver son calme. On a aussi favorisé le renforcement du lien mère-enfant, par le biais de la guidance car la mère qui avait de bonnes compétences parentales, le frappait pour essayer de contrôler son agressivité.

L'échelle d'évaluation du PTSD (CPTS-RI) révèle un score de 47**,** ce qui correspond à un niveau grave de degré de désordre. A propos de la violence conjugale, Mohamed pensait qu'elle est justifiable parce que c'est normal que le père frappe sa mère car cette dernière « répondait » à son père et ne se taisait pas. Il dit détester son père car il frappe sa mère mais pense que c'est permis de frapper les enfants par les adultes. Mohamed veut devenir policier quand il sera grand.

Le cas de Mohamed est le plus bruyant au niveau des symptômes extériorisés, son agressivité était dirigée vers les autres enfants et les objets et elle était constante. Il était très marqué par les scènes traumatiques. En état d'agitation il n'arrivait pas à retrouver son calme, il était toujours en colère, il présentait aussi les symptômes de l'état de stress post traumatique, comme la reviviscence et la reproduction des scènes dramatiques (poignarder l'oreiller avec le couteau, jeux dangereux comme brûler ses peluches), les cauchemars, son humeur dépressive... Le débriefing a permis à Mohamed l'intégration des scènes traumatiques et a abandonné son agressivité petit à petit, en retrouvant un attachement sécurisant à la mère. En effet, cela a permis à l'enfant d'avoir une source d'affection et d'apaisement. La mère le frappait de moins en moins afin qu'il ne prenne pas la violence comme mode de communication. La mère a fait l'objet d'une thérapie de soutien, afin de l'aider à affronter cette pénible situation et être plus résistante pour aider à son tour ses enfants. Elle et ses enfants ont finalement réintégré le domicile conjugal. Le mari avait cessé les violences après le dépôt de plainte.

Les symptômes su PTSD et le score élevé obtenu à l'échelle conforte le diagnostic de l'état de stress post traumatique. Mohamed correspond à l'enfant en colère (écrasé) décrit par Jean Luc Tournier (2012)

Cinquième enfant : Wassila 8 ans

- Il s'agit de Wassila, âgée de 8 ans, en 2ème année scolaire, la cadette d'une fratrie de trois enfants (Wassila est la sœur de Mohamed, le 4ème cas) exposée à la violence conjugale depuis sa petite enfance.
- **Date et Motif de la consultation ;** elle a été reçue le 14/11/2018, adressée pour troubles intériorisés.

Née d'une grossesse à terme, bon développement psycho moteur, c'est une élève moyenne, sa mère rapporte une timidité excessive, des crises de larmes, une tendance à l'isolement et paradoxalement la verbalisation de gros mots, par moment elle présente des troubles extériorisés comme l'agressivité. Wassila est la sœur du 4ème cas, **(**Mohamed). Elle a vécu avec ce dernier les mêmes épisodes violents qu'on a déjà relaté.

Les entretiens avec la mère (S) ; Comme pour tous les autres enfants, on a favorisé le lien mère-enfant, car Wassila n'était pas frappée par sa mère comme son frère (vu son caractère calme, la plupart du temps) mais était livrée à elle-même, abandonnée affectivement par la mère. On a travaillé avec elle lors des entretiens sur l'importance de l'affection procurée à l'enfant, pour lui transmettre un sentiment de sécurité et favoriser ainsi la confiance en soi qui manque à Wassila.

Les entretiens avec Wassila : Lors des quatre entretiens thérapeutiques semi directifs on découvre une enfant effacée, introvertie, absente et parlant très peu. L'établissement d'une relation thérapeutique chaleureuse a été notre première préoccupation. Lors du 2eme entretien elle nous a décrit les scènes traumatiques avec plus d'aisance. Elle présentait des reviviscences du traumatisme (elle y pense tout le temps) de la tristesse, voire de l'abattement, des troubles du comportement intériorisés comme le repli sur soi, une extrême timidité, un détachement, de l'isolement (ne jouant pas avec les autres enfants) et de l'irritabilité. Mais, elle présente également des troubles extériorisés, de moindre intensité et occasionnels, comme de l'agressivité (elle avait aussi pris le couteau et a menacé son petit frère Mohamed lors d'une dispute entre eux) et la verbalisation de gros mots. On constate une humeur dépressive et de l'anxiété. On trouve derrière ces symptômes intériorisés et son état de stress, beaucoup de détresse non verbalisée, ce qui pourrait lui nuire ultérieurement On a donc utilisé le débriefing, la réassurance pour la reprise de confiance et la favorisation de la relation à la mère, pour agir sur les cognitions et le comportement.

L'échelle d'évaluation du PTSD (CPTS-RI) révèle un score de 42, ce qui correspond à un niveau grave du degré de désordre.

Wassila pense que le fait de frapper une autre personne n'est pas bien et elle veut devenir juge quand elle sera grande.

A l'inverse de son frère Mohamed, Wassila présente plus de troubles intériorisés qu'extériorisés (qui sont plus présents chez les filles que les garçons selon les études), mais aussi des troubles extériorisés (agressivité) moins prononcés que chez son frère. Comme pour son frère, elle a agi par un mécanisme de reproduction de la violence (non seulement celle de son père mais on pense que c'est surtout l'imitation du comportement de son frère (quand elle a pris le couteau), car elle a plus tendance au repli sur soi et à la dépression. Elle a présenté aussi les symptômes du PTSD comme les reviviscences (sous forme de pensée), l'évitement (restriction des affects) et l'altération de l'humeur (humeur dépressive et anxiété). Le score élevé obtenu à l'échelle nous conforte à poser le diagnostic de l'état de stress post traumatique. La thérapie, consistait avant tout au débriefing des scènes violentes, qui l'on aidée à la réintégration du traumatisme (d'autant plus qu'elles étaient récentes) et on a favorisé le lien mère-enfant pour retrouver la sécurité émotionnelle et la confiance en soi. On a noté progressivement, une réduction des symptômes du PTSD, de l'anxiété et de l'humeur dépressive. Wassila était livrée à elle-même et avait peur. Elle correspond à l'enfant négligé décrit par Jean Luc Tournier.

2) Discussion de la problématique

•Notre problématique principale de recherche est la suivante :

- ✓ **Il existe un impact psychique et développemental réel de la violence conjugale sur les enfants exposés âgés de 6 à 12 ans**

Depuis plus de vingt ans, des études scientifiques internationales, plusieurs recherches (quantitatives et qualitatives) se sont intéressées aux conséquences que l'exposition à la violence conjugale est susceptible d'entraîner chez les enfants (Doucet & Fortin, 2012 ; Paul& Zaouche Gaudron 2014). Ils ont démontré que l'exposition précoce à la violence est hautement traumatisante pour les enfants, dès leur naissance et au cours de leur enfance. Leur cerveau est vulnérable face aux violences et au stress extrême qu'elles engendrent.

Cela concorde avec nos constatations à travers nos études de cas, car on a relevé chez nos cinq cas, à travers nos entretiens et nos observations, que l'exposition à la violence conjugale a un impact très néfaste sur eux, qu'elle perturbe leur développement psychologique, touchant à presque toutes les sphères de leur vie : santé, scolarité, environnement social… Elle perturbe leurs sentiments de sécurité émotionnelle, du fait d'être attaché à un parent violent, le père et à une victime en détresse, la mère, souvent agressive envers eux. Tous les enfants rencontrés présentaient des symptômes soit intériorisés, comme le repli sur soi, se ronger les ongles, l'irritabilité, la tristesse, l'inhibition, l'anxiété, la dépression, le manque d'estime de soi… Soit extériorisés, comme les manifestations de colère, l'agressivité, le jeu agressif, le comportement anti social et des symptômes qui indiquent un traumatisme psychique. Par conséquent la violence conjugale doit être considérée comme un risque, parce qu'elle est fréquemment associée à un ensemble de conditions de vie de nature à rendre l'enfant vulnérable.

•Notre problématique secondaire est :

- ✓ **La violence conjugale engendre-t-elle un réel traumatisme psychique chez les enfants exposés, traduit cliniquement par les symptômes de l'état de stress post traumatique (PTSD) ?**

De plus en plus d'auteurs affirment qu'un lien existe entre le stress post-traumatique et l'exposition à la violence conjugale (Lessard & Paradis, 2003). Pour Karen Sadlier les enfants qui subissent des événements traumatisants perpétrés par des membres de la famille, ont tendance à présenter les tableaux cliniques les plus complexes, incluant le caractère chronique de leur psychopathologie, renforcé par des dynamiques de dysfonctionnement familial. Il n'est pas nécessaire d'être une victime directe pour développer un trouble. Être exposé est souvent tout aussi traumatisant. Le sentiment d'impuissance chez les enfants exposés est conditionné par la passivité imposée lorsqu'ils doivent voir ou entendre une violence qui a lieu près d'eux. La culpabilité post-traumatique chez ces enfants est souvent liée à un sentiment d'incapacité à intervenir, vécu parfois comme de la lâcheté.

Pour notre étude, le fait de décrire verbalement les symptômes du PTSD peut être problématique pour l'enfant, c'est pour cela qu'on s'est appuyé sur les comportements observables, sur la description du comportement de l'enfant rapporté par la mère, en plus de l'échelle (CPTS-RI) afin de poser le diagnostic de l'état de stress post traumatique. Les symptômes de l'état de stress post-traumatique ont été évalués par rapport à la présence des symptômes suivants : la reviviscence qui constitue le symptôme pathognomonique du PTSD, où l'enfant traumatisé revit l'évènement traumatisant chaque jour, en forme de souvenirs intrusifs, de pensées, de jeux répétitifs ou de cauchemars récurrents. Tous les enfants observés ont rapporté qu'ils pensaient aux évènements traumatiques, tout le temps et surtout à l'école. On a évalué le PTSD par rapport à la présence d'autres symptômes comme l'hyper vigilance et l'appréhension de ce qui peut arriver, l'évitement et enfin la présence d'une humeur dépressive et de l'anxiété…

3) Synthèse des hypothèses de la recherche

•Notre hypothèse principale énonce que ;

- ✓ **La violence conjugale à un impact néfaste sur les enfants exposées âgé de 6 à 12 ans**

La littérature fait état de conséquences que l'exposition à la violence conjugale peut avoir sur la santé physique et cognitive des enfants. Howell (2011) rapporte que les enfants exposés à la violence conjugale sont quatre fois plus à risque d'avoir de l'asthme, des allergies et des complications gastro-intestinales. Au plan cognitif, l'exposition à la violence conjugale peut affecter le fonctionnement intellectuel. Lorsque l'enfant est exposé à un stress prolongé et répété durant l'enfance, le développement du système nerveux et hormonal peut détériorer la structure cérébrale. Cet endommagement a des répercussions sur différents aspects de la vie des enfants, dont l'apprentissage, la réussite scolaire des enfants exposés à la violence

conjugale peut donc aussi être affectée (Cunningham & Baker, 2007 ; Savard & Gaudron, 2011). Les différents problèmes de comportements intériorisés ont été étudiés, Osofsky (2003) présente plusieurs comportements que les enfants peuvent manifester lorsqu'ils sont exposés à la violence conjugale. Il indique que cette problématique peut affecter le développement du sentiment de confiance, la curiosité et les comportements typiques d'exploration chez les enfants. Les problèmes de sommeil, la détresse émotionnelle, les pleurs, la peur d'être seul ou d'être séparé d'un parent et la perte d'habiletés, sont d'autres conséquences vécues par les enfants exposés.

Pour notre étude de cas, nous avons relevé un impact néfaste chez tous les cas cliniques étudiés, avec des différences par rapport à l'intensité de tel ou tel symptôme, que ce soit sur le plan physique (maux d'estomac, perte d'appétit), sur leur fonctionnement psychique (troubles de l'attention, difficultés scolaires) ou sur le plan comportemental (troubles intériorisés et extériorisés) ainsi que le développement d'un réel traumatisme psychique. L'important corpus qui a été développé sur le sujet et notre étude de cas permet donc d'alimenter nos connaissances en appuyant l'hypothèse selon laquelle l'exposition à la violence conjugale entraîne des conséquences néfastes sur les enfants âgés de 6 à 12 ans.

- ✓ **Les hypothèses secondaires :**

•Notre première hypothèse énonce que ;

- ✓ **La violence conjugale engendre chez les enfants exposés un réel traumatisme qui se traduit cliniquement par l'état de stress post traumatique (PTSD)**

Le diagnostic de stress post-traumatique nécessite une exposition à un événement déclencheur extrêmement menaçant entraînant des symptômes qui reflètent un changement d'état. Dans le contexte de violence conjugale, la menace d'épisodes violents est permanente et insidieuse. Il n'y a donc pas un seul événement déclencheur. Dès lors, les réactions traumatiques peuvent se généraliser à d'autres symptômes

Dans notre étude, tous les enfants observés ont rapporté avoir pensé d'une manière involontaire et presque quotidiennement aux évènements traumatiques, d'autant plus si l'épisode de violence est récent : ils y pensent à l'école, avant de rentrer à la maison, la nuit dans leur lit... L'enfant traumatisé revit l'évènement traumatisant chaque jour, en forme de souvenirs intrusifs, ou de jeux répétitifs, ce qui constitue le symptôme pathognomonique qui est celui de la reviviscence, ainsi que l'évitement des évènements traumatiques, tous ont rapporté un symptôme d'anxiété (comme se ronger les ongles ou avoir des maux d'estomac) et un symptôme dépressif (humeur dépressive, perte d'intérêt pour les activités, diminution de l'appétit, trouble du sommeil), ainsi que le sentiment de colère. Le diagnostic de l'état de stress post-traumatique est validé par une l'échelle (CPTS-RI), il est confirmé chez presque tous les enfants de l'échantillon, Quatre cas sur cinq, se trouvent en zone pathologique, un seul cas (Bouchra) se trouve en zone modérée. Cette dernière est une enfant qui jouit de capacités personnelles et intellectuelles unique comme une grande capacité de résilience.

Le résultat de notre étude de cas met en évidence que tout notre échantillon répond aux critères de l'état de stress post traumatique. Ce qui nous permet de valider notre hypothèse.

•Notre seconde hypothèse énonce que ;

- ✓ **La violence conjugale engendre des troubles du comportement intériorisés et extériorisés chez les enfants exposés à la violence conjugale.**

Les troubles intériorisés consistent en une intériorisation des émotions des enfants, ce qui leur permet en quelques sorte de permet de se protéger et de mettre à distance de potentielles réactions émotionnelles, durant les agressions et pour faire face à la vie quotidienne.

Les troubles extériorisés sont aussi des stratégies mises en place par certains enfants, conduites qu'ils ont intériorisées au sein du contexte violent et qu'ils reproduisent dans leurs autres milieux de vie. Ils augmentent le risque d'adopter des comportements criminels comme l'agressivité hétéro agressive, la dissociation semble issue d'une incapacité à s'autoréguler au plan émotionnel, suite à une confrontation répétée à des traumatismes (Coutanceau & Smith, 2014). La dissociation engendre une insensibilité émotionnelle qui conduit à une recherche de sensations et des comportements à risque. La menace perçue lors des épisodes de violence, pousse les enfants à trouver une certaine sécurité affective et la dissociation est un moyen de rompre cette insécurité.

Les enfants de notre échantillon manifestaient beaucoup de troubles du comportement intériorisés (repli sur soi, timidité, tristesse, humeur dépressive) et extériorisés (instabilité psycho motrice, agressivité et hyperactivité). Donc le contexte de violence conjugale peut réellement constituer une source de traumatisme pour l'enfant qui y est confronté et engendrer des troubles des conduites intériorisés et extériorisés, ce qui nous permet de confirmer notre hypothèse.

•Notre troisième hypothèse énonce que ;

- ✓ **L'attachement sécurisant à la mère est un facteur de protection pour l'enfant. Il influence l'association entre la violence conjugale et le traumatisme de l'enfant et aide à l'atténuation des symptômes du PTSD**

L'exposition des enfants à la violence conjugale est une problématique très complexe dont les conséquences peuvent être influencées par un ensemble de facteurs personnels, familiaux ou présents dans l'environnement de l'enfant (Wolfe, Crooks, Lee, McIntyre-Smith et Jaffe, 2003). Doucet et Fortin (2014), indiquent que la qualité de la relation mère-enfant contribue à distinguer les différents profils d'adaptation des enfants exposés et joue le rôle de facteur de protection. L'étude de la Sablonnière et Fortin (2010), porte exclusivement sur l'effet de la violence conjugale sur la qualité de la relation mère-enfant en considérant la santé des mères comme modérateur de la relation. Les résultats suggèrent que dans un contexte de violence

conjugale, les mères en bonne santé auraient tendance à utiliser des mécanismes compensatoires de soutien et d'affection auprès de l'enfant afin de pallier les effets néfastes de l'exposition à la violence conjugale, ce qui renforcerait la qualité de la relation mère-enfant. En effet, le facteur de protection qui nous semble le plus important est celui de l'attachement sécurisant à la mère.

Dans notre approche de la violence conjugale et de la présence des troubles du comportement chez les enfants exposés, nous avons considéré la théorie de l'attachement comme théorie explicative de l'apparition des troubles du comportement et du traumatisme chez l'enfant exposé à la violence conjugale. Car cette théorie stipule que l'enfant qui a un attachement insécure par apport à ses parents, peut être impacté négativement. Cette théorie explique aussi l'apparition de la violence chez les auteurs, qui ont été pour la plupart, exposés eux-mêmes à la violence conjugale dans leur enfance. On pense qu'il s'agit moins d'une reproduction directe de la violence subie, mécanisme imitatif, mais plutôt d'un attachement insécure qui favorise l'émergence ultérieure de la violence.

Dans notre étude nous avons constaté que la relation mère-enfant est vraiment ternie par la violence conjugale, notamment lorsque les mères ont un mauvais état de santé physique et psychologique. Toutes les mères rencontrées vivaient une détresse psychologique, (humeur dépressive, anxiété, troubles du sommeil…). Elles-mêmes traumatisées par cette situation, elles avaient des comportements éducatifs incohérents (c'est le comportement dit négatif). En effet, elles avaient du mal à déployer leurs capacités maternelles, d'exprimer leurs affections et leurs attachements à leurs enfants, mais usaient plutôt de punitions corporelles envers leurs enfants, déjà exposés et traumatisés par la violence conjugale « les enfants exposés à la violence conjugale sont plus à risque de vivre des punitions corporelles, de la maltraitance physique ou de la maltraitance physique sévère » (Chan, 2011). Les mères en détresse psychologique avaient du mal à prendre conscience qu'elles pouvaient aider leurs enfants en adoptant une attitude plus sereine et plus affectueuse et cela en dépit de la situation de violence et qu'elles peuvent avoir les ressources nécessaires à cela.

Donc il apparaît que la qualité de la relation mère-enfant soit sous-tendue par la capacité des mères à reconnaître et soutenir l'expression de leur enfant suite aux événements violents (Savard & Zaouche Gaudron, 2014). Notre travail avec les mères a consisté à favoriser les comportements éducatifs de soutien, de chaleur et de renforcement positifs (c'est les comportements dits positifs). Après avoir favorisé le lien mère-enfant lors des entretiens thérapeutiques, tout en faisant attention à ne pas culpabiliser d'avantage les mères, mais plutôt à les responsabiliser. On a constaté l'atténuation de certains signes cliniques chez les enfants, comme les symptômes du PTSD (comme l'hyper vigilance et la reviviscence), les difficultés scolaires (meilleures capacités d'attention et meilleurs résultats scolaires) et l'atténuation de l'angoisse d'abandon, de la peur et de la colère, car les enfants en dépit de la situation de violence, bénéficiaient tout de même d'un lien sécurisant avec les mères, bien qu'il ne fût pas toujours très efficace. Ils se sentaient sécurisés en dépit de la violence qui continue. Cela démontre bien l'importance du lien mère-enfant comme facteur de protection qui limite l'impact de l'exposition à la violence conjugale et donc nous pouvons confirmer notre hypothèse.

7. Discussion des résultats

L'objectif de cette recherche était d'examiner l'impact psychique de la violence conjugale sur les enfants âgés de 6 à 12 ans. Cette étude voulait également indiquer si ces enfants exposés présentaient un traumatisme psychique, traduit cliniquement par les symptômes du PTSD. Nos entretiens thérapeutiques étaient doublement délicats, parce que d'une part, il s'agit d'enfants et d'autre part d'enfants traumatisés. Nos principaux résultats sont :

- **L'apparition de la violence conjugale**

L'apparition de la violence conjugale peut constituer un indicateur par rapport aux troubles que l'enfant peut manifester ultérieurement. Dans nombre de cas, la violence conjugale, apparait avec l'annonce d'un enfant à venir. Les femmes victimes de violence conjugale sont pour 80% d'entre elles aussi des mères (Sadlier. K, 2010) ce qui correspond avec les premières années de mariage. Les violences conjugales commencent souvent lors de la grossesse. Ainsi dès la période périnatale, l'enfant est affecté par l'état psychologique de sa mère et peut même être touché physiquement lors de coups portés au ventre de la mère. En effet, le passage du lien conjugal au lien parental est un tournant redoutable pour de nombreux couples. L'homme change graduellement sa relation à son épouse, passant d'une tendresse à une série de reproches qui souvent gagnent en intensité et en dangerosité. Le choix amoureux est souvent espéré réparateur : « ma femme deviendra mienne, elle est sacrée, elle me sera consacrée entièrement… ». Dès lors, partager cette femme sacrée y compris avec sa propre descendance peut s'avérer pour certain impossible. Pour ces hommes partager c'est perdre, c'est retrouver la douleur. L'homme n'est plus adulte, il est petit garçon, ravagé par la jalousie, englué dans l'effroi d'abandon annoncé… L'homme violent est généralement un sujet en souffrance, souvent dans le déni et présentant des troubles de la relation à l'autre, qu'il ne peut exprimer que dans une attitude de domination exercée dans la sphère privée, entrainant des tensions et des passages à l'acte violents. Cela concorde avec notre échantillon d'étude, car on note qu'excepté un seul cas (celui de Sirine) où la violence est apparue suite à des conflits conjugaux récurrents, la violence conjugale a débuté dès la première année du mariage coïncidant avec la naissance du premier enfant. L'apparition de la violence conjugale dans la vie de l'enfant s'avère une donnée importante à considérer compte tenu de ses effets sur les symptômes de stress posttraumatique repérés chez les enfants de notre échantillon. Notre recherche met en évidence qu'une longue durée d'exposition à la violence conduit les enfants à présenter d'importants symptômes anxieux et dépressifs, cela concorde avec plusieurs études (Osofsky, 2003) qui rapportent qu'une longue période d'exposition à la violence conjugale engendre de l'anxiété, des troubles intériorisés et extériorisés. La colère semble également en lien avec l'apparition de la violence conjugale dans la vie de l'enfant (comme c'est le cas d'Ouïs et de Mohamed).

Aussi, nous pouvons supposer qu'une durée importante d'exposition conduit l'enfant à intégrer les comportements de colère auxquels il a été confronté, puisque ce symptôme inclut la haine et l'agressivité envers les autres et les difficultés à se contrôler. D'ailleurs, Grych et al. (2000) ont remarqué que les enfants qui ont déclaré des niveaux significativement élevés

de dépression et d'anxiété ont aussi tendance à présenter des niveaux élevés de comportements de colère. Il est important de préciser la nature des violences conjugales. Durant nos entretiens individuels avec les mères, elles ont toutes rapporté être victimes de violence conjugale de différente nature, soit : psychologique (incluant l'isolement et le harcèlement), verbale, économique, physique, sexuelle… Toutes ont rapporté que leurs enfants avaient été impliqués dans la violence conjugale.

- **Les conséquences de la violence conjugale sur le développement de l'enfant**

Les recherches soulignent que la violence conjugale a des conséquences graves sur le développement physique et psychologique des enfants exposés et démontrent qu'ils sont affectés sur les cinq sphères principales de fonctionnement, soient les sphères physique ou biologique, comportementale, émotionnelle, cognitive et sociale. Les conséquences de la violence conjugale observées chez les enfants de notre échantillon sont :

- **Les conséquences sur le plan affectif et comportemental (troubles intériorisés et troubles extériorisés)**

La littérature soutient que les enfants exposés à la violence conjugale sont plus enclins à éprouver des problèmes de comportement. On peut différencier deux types : tout d'abord, les problèmes liés à l'intériorisation des émotions qui renvoient aux problèmes émotionnels (intériorisés) et ensuite ceux liés à l'extériorisation des émotions (extériorisés). Ces difficultés intériorisées et extériorisées demeurent également des symptômes adaptatifs au contexte de violence. Sur le plan affectif et émotionnel, les recherches indiquent que ces enfants manifestent plus de problèmes intériorisés comparativement à ceux n'étant pas exposés à la violence conjugale. On repère ainsi des symptômes d'anxiété et de dépression. Les scores obtenus par la plupart de ces enfants à l'échelle des troubles intériorisés évaluent d'ailleurs des symptômes suffisamment sévères pour être considérés comme étant d'ordre clinique (Zaouche-Gaudron, 2010). Sur le plan comportemental, les enfants exposés ont des comportements plus agressifs envers les adultes et envers leurs camarades. Ils ont également tendance à l'isolement. Par contre les troubles extériorisés sont dirigés vers l'autre, ils représentent les conduites agressives ou encore les comportements délinquants. Ils peuvent être, en partie, expliqués par le modèle de l'apprentissage social de Bandura (1980) (reproduction et imitation de la violence paternelle). Ils se manifestent essentiellement par l'agressivité, ils sont souvent désobéissants, utilisent beaucoup de mots grossiers et ont tendance à mentir. Ils ont de mauvaises relations avec leur entourage en adoptant un comportement agressif afin de résoudre leurs problèmes interpersonnels. Ils ont tendance à être secrets et à s'isoler. On peut également observer des comportements d'hyperactivité et de désadaptation sociale, comme le fait de tricher en classe, voler, se battre, casser des objets et se montrer cruels notamment envers les animaux (Andrée Fortin et Monique Robin, 2011).

Dans notre échantillon d'étude, les enfants présentaient tous des troubles intériorisés comme les plaintes somatiques, des signes de tristesse et de peur, l'anxiété, le repli sur soi, l'humeur dépressive, les crises de larmes, la timidité, les symptômes psychosomatiques, l'angoisse d'abandon. La perturbation du sommeil et de comportements régressifs sont également des difficultés souvent associées à l'intériorisation des émotions. On a remarqué qu'ils sont un peu

plus prononcés chez les filles que chez les garçons (Bouchra, Sirine, Wassila). On note que l'exposition de ces enfants à la violence conjugale amène aussi une désorganisation au niveau de leur attachement. Ces derniers présentent, en effet, pour la majorité, un attachement de type insécurisé/désorganisé, ils sont souvent coléreux et ont une faible estime d'eux-mêmes.

Ils présentent aussi des troubles extériorisés et ont également tendance à l'isolement (témoignant d'une difficulté voire d'un refus d'entrer en relation). On a surtout observé l'agressivité, des troubles des conduites, ces enfants sont agressifs envers l'adulte mais également envers leurs pairs, leurs jeux sont agressifs comme chez Ouïs, Wassila et Mohamed, des comportements d'hyperactivité et de désadaptation sociale, comme le fait de voler (Bouchra), se battre et casser des objets (Ouïs, Mohamed). Pour l'enfant Mohamed, son agressivité était si grave qu'il prenait un couteau et poignardait chaque jour l'oreiller en promettant de tuer quelqu'un. Ces troubles du comportement sont le résultat direct de l'exposition à la violence. On remarque que les garçons ont tendance à adopter une approche orientée vers l'action en mobilisant leurs ressources pour affronter le problème extérieur, tandis que les filles intériorisent leur détresse. Elles tournent leur attention vers elles-mêmes et se soucient de leurs responsabilités pour le bien-être de leur famille. Concernant le sexe des enfants exposés à la violence conjugale, on a observé une différence même si notre étude est qualitative et qu'on ne dispose pas d'un grand échantillon, on constate qu'il existe une légère différence entre les filles et les garçons dans leur adaptation.

- **Le traumatisme psychique, l'état de stress post traumatique (PTSD)**

La recherche sur les effets des événements traumatiques réels chez l'enfant est assez récente. Les premières recherches ont souligné le fait que les réactions des adultes ou de l'entourage familial conditionnaient la détresse psychologique du jeune sujet, mais négligeaient l'impact de l'événement en lui-même. Cette position s'est modifiée et l'événement violent a été alors conceptualisé comme la cause principale de la souffrance de l'enfant victime. Généralement, les événements les plus néfastes pour l'enfant sont ceux qui proviennent de l'instance chargée de les protéger, c'est-à-dire la famille. La littérature indique que la plupart des enfants exposés à la violence conjugale de façon prolongée ou intense, manifestent des symptômes de stress post-traumatique plus fréquemment observés chez les très jeunes enfants (Lehmann, 1997). Des études rétrospectives mettent en exergue le fait que l'exposition à la violence conjugale durant l'enfance entraîne aussi des syndromes de stress post-traumatiques à l'âge adulte. Quant aux enfants qui n'en manifestent pas tous les symptômes, ils en présentent au moins quelques-uns, ou les symptômes sont à bas bruit et se manifesteront ultérieurement.

Pour notre étude nous cherchions à appréhender la spécificité du contexte de violence conjugale et cela nous a permis de relever chez ces enfants les symptômes de l'état de stress post traumatique. Pour établir le diagnostic du PTSD on s'est référé au DSM-IV. On a retenu la présence des critères suivants :

A = l'évènement traumatique

B = la reviviscence

C = l'évitement

D = l'altération négative des cognitions et de l'humeur

E = l'activation neurovégétative

F = la perturbation (B/C/D/E) dure plus d'un mois.

Le diagnostic du PTSD est considéré comme positif si les sujets remplissaient tous ces critères. L'un des critères diagnostiques du syndrome de stress posttraumatique est l'exposition du sujet à un évènement traumatique intense (critère A) comme une menace de mort, de l'intégrité physique, ou une blessure grave. Dans notre étude c'est la menace qui pèse sur la mère de l'enfant, le risque qu'elle soit violemment brutalisée ou même tuée, le caractère incontrôlable de la situation, engendre le traumatisme, suite à cela on observe chez l'enfant une réaction de terreur, de détresse et son comportement devient désorganisé. Il arrive souvent que l'intégrité physique de l'enfant ou même sa vie, soient aussi menacées.

Ensuite, le symptôme pathognomonique qui est celui de la reviviscence (critère B) qu'on a pu constater chez nos 5 cas cliniques. A l'évocation des évènements traumatiques, il y avait toujours une détresse émotionnelle, la reviviscence se traduisait soit en forme de jeux répétitifs comme c'est le cas pour Ouïs et Mohamed, (reproduisant les scènes traumatiques en jouant), soit en forme de flashback (souvenirs répétitifs intrusifs et traumatiques ou cauchemars) car ils ne pouvaient s'empêcher de penser constamment à la violence même quand ils se trouvaient ailleurs, surtout à l'école, ils revoyaient les scènes traumatiques constamment. Cela se répercutait négativement sur leurs capacités de concentration et quelques fois sur leur scolarité et leur humeur était pour la plupart dépressive, accompagnée de trouble du sommeil, de diminution de l'appétit et d'anxiété généralisé.

L'évitement (critère C) a aussi été relevé chez ces enfants, puisqu'ils éprouvaient un soulagement quand leur mère partait du domicile conjugal, retrouvant le plaisir de vivre dans le calme et loin des conflits et d'être tout simplement près des enfants. On le trouve aussi dans le fait d'éviter tout ce qui rappelle ou fait penser aux évènements traumatiques, comme pour le cas de Wassila qui présentait un détachement par rapport à ses émotions.

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur (critère D) la colère, l'humeur dépressive a été relevé chez nos 5 cas, la dépression est souvent subtile, elle se traduit par les insomnies, la perte d'appétit, la perte de plaisir dans les activées habituellement aimé. L'échelle (CPTS-RI) qui évalue la présence de l'état de stress post traumatique a complété nos observations du comportement de l'enfant. Cela nous a conforté à poser le diagnostic du PTSD, quatre (4) cas de notre échantillon se trouvent en zone pathologique, (Ouïs, Sirine, Mohamed, Wassila) avec des scores très élevé allant de 42 à 49. Un seul cas (Bouchra) avec un score modéré de 36. Ces enfants manifestent de nombreuses difficultés. Ce contexte semble les rendre vulnérables et la présence de certains symptômes peut être envisagée, selon l'approche de la sécurité émotionnelle, comme une tentative d'adaptation pour faire face à cette situation.

Activation neuro végétatif (critère E). On a constaté chez nos 5 cas la présence de troubles du sommeil, d'irritabilité, de la colère, des troubles de la concentration et de l'hypervigilance comme symptôme essentiel. A ce propos la violence conjugale est décrite par Rossman et Ho (2000) comme une « zone de guerre » où parfois les enfants parviennent à prédire les attaques alors que d'autres fois ils ne sont pas en mesure de le faire. Raisons pour lesquelles ils éprouvent un sentiment de danger et d'incertitude constant. En effet, ces enfants sont souvent sur le qui-vive, un simple haussement de ton entre leurs parents, un simple conflit et c'est déjà le malaise, la crainte, la stupeur, l'attente redoutée de l'éclatement de la violence. Ils peuvent aussi s'inquiéter des « humeurs » du père et anticiper la survenue d'un prochain incident de violence mais aussi redouter les conséquences que cela pourrait avoir : être blessé ou que les frères et sœurs soient blessés, constituent une autre source d'angoisse. Néanmoins ce symptôme peut s'avérer utile lors de passages à l'acte violents récurrents, afin que les enfants puissent les anticiper et y réagir rapidement.

Critère F ; pour tous nos cas, les symptômes durent depuis plus (1) d'un mois.

- **Des conséquences sur le plan cognitif et scolaire :**

Les études soulignent que les enfants exposés à la violence conjugale ont plus de difficultés de concentration. Fantuzzo et Lindquist, 1989 ont très tôt constaté les difficultés scolaires des enfants exposés à la violence conjugale. Ils manifestent un manque d'intérêt pour les apprentissages, ce qui entraîne des difficultés au niveau de leur scolarité. On constate aussi souvent une déficience des habiletés intellectuelles, verbales et mentales. Certains d'entre eux manifestent des problèmes d'apprentissage scolaire, d'hyperactivité aussi bien que des difficultés d'attention qui peuvent mener à un retard au plan scolaire. Ces enfants peuvent avoir des relations difficiles avec les professeurs, de faibles résultats scolaires et un taux d'absentéisme élevé (Andrée Fortin 2011)

Dans notre échantillon quatre cas sur cinq ont eu des difficultés scolaires et des problèmes de concentration, sauf pour le cas de Bouchra qui présentait plutôt le contraire, c'est-à-dire un surinvestissement scolaire.

- **Perturbation de la relation mère-enfant**

Lords de cette recherche nous nous sommes appuyés sur la théorie de l'attachement, pour expliquer les symptômes de détresse que présente l'enfant exposé, car la relation que l'enfant entretient avec ses parents sera intériorisée et impactera ses relations tout au long de sa vie. Ces représentations intrapsychiques sont influencées à la fois par la dynamique interne propre à la personne et par l'environnement (Winnicott, 1971). La présence d'une dynamique de violence conjugale est à haut risque d'affecter la relation qui unit l'enfant et ses parents (Fortin, 2009). Par contre la présence d'un style parental efficace est très importante, pour cela, dans un contexte de violence conjugale, la mère qui doit être soutenue à la fois sur le plan personnel, afin qu'elle puisse à nouveau être physiquement et émotionnellement disponible pour son enfant et sur le plan de ses responsabilités parentales, notamment dans son lien d'attachement à l'enfant, dans ses compétences éducatives et dans l'établissement des frontières intergénérationnelles. L'enfant a besoin d'un milieu familial favorable qui constitue

un espace de sécurité, de support et de soutien car le fait d'être confronté à de multiples facteurs de stress, augmenterait significativement le risque de développer différentes psychopathologies (Doucet & Fortin, 2014). Néanmoins, la relation mère-enfant peut également être perturbée et représenter donc un facteur négatif pour l'enfant.

Les observations menées dans notre recherche attestent que notre échantillon d'enfants, sont non seulement exposés à la violence conjugale, mais en plus maltraités par leur mère (les mères adoptent souvent un comportement agressif, leurs attitudes vis-à-vis des enfants manque de cohérence et elles étaient enclines à infliger des punitions corporelles (comme le cas d'Ouïs, de Mohamed et de Sirine). Elles pouvaient être maltraitantes psychologiquement comme pour (Bouchra, Sirine et Wassila). Les mères de notre échantillon étaient souvent en détresse psychologique, présentaient des états dépressifs (tristesse, ruminations, crises de larmes, insomnies et perte d'appétit) et reportaient leur anxiété sur les enfants exposés car elles n'arrivaient plus à gérer leur comportement. Elles pensaient donc que les châtiments pouvaient les aider à canaliser l'énergie des enfants et à calmer leur agitation. Notons que si l'état de détresse de la mère violentée va jusqu'à la négligence de son enfant, les conséquences pour l'enfant peuvent être catastrophiques. Le soutien psychologique apporté aux mères ainsi que le fait de favoriser le lien structurant mère-enfant a eu un effet positif indirect sur le stress et l'anxiété des enfants exposés. Car les mères malgré leur agressivité et leur détresse ont de bonnes facultés maternelles puisque d'un côté c'est bien la situation qu'elles vivent qui entachent leur disponibilité et leur perception ; on peut supposer qu'elles auraient été douées d'habiletés parentales dans un autre contexte. D'autre part, certaines mères parviennent à exercer leur rôle parental de façon adéquate à certains moments. On a remarqué les ressources et les compétences des mères violentées, leurs capacités importantes d'investissement de leur enfant ainsi qu'une sensibilité et une empathie supérieure (comme pour la plupart des mères de notre échantillon).

- **La parentification**

La violence conjugale peut avoir un impact sur les frontières intergénérationnelles de la famille, Des auteurs ont remarqué que plus la violence conjugale est sévère et fréquente, plus l'enfant est parentifié (Fortin & Lachance, 2011). Doucet et Damant (2011) observent ainsi que la parentification de l'enfant serait liée à la présence de symptômes dépressifs et anxieux. Cette parentification peut être néfaste et contribue à la détresse de l'enfant en jouant un rôle médiateur entre l'adaptation de l'enfant et l'exposition à la violence conjugale.

Dans notre échantillon, nous observons un seul cas de parentification (Bouchra) qui endossait des rôles parentaux en veillant sur sa sœur et au bon fonctionnement de la famille, en ignorant ses propres besoins émotionnels. Cela lui permettait néanmoins de réduire le stress familial et de lui assurer un certain sentiment de sécurité au sein de la famille. Néanmoins Bouchra avait du mal à exprimer ces émotions et ses ressentis par rapport à la situation de violence. Même si elle peut paraitre bénéfique, on considère que la parentification entrave gravement le développement de l'enfant. Pour assumer ce rôle qui n'est pas le sien, l'enfant est contraint de mettre en place des stratégies de « mise à distance émotionnelle ». On pense que bien que la

parentification affecte négativement les enfants, elle représente aussi parfois une stratégie utilisée par ces derniers pour résister à la violence à laquelle ils sont exposés. Être résilient à travers la parentification, pouvoir maitriser la situation et en même temps ne pas pouvoir exprimer ses émotions, est un paradoxe qui reflète la complexité du vécu des enfants exposés à la violence conjugale.

- **Le conflit de loyauté**

Parmi les autres difficultés que l'exposition à la violence conjugale peut amener, Savard et Gaudron (2011) identifient les conflits de loyauté. Lorsque l'agresseur est un membre de la famille, les enfants peuvent se trouver plongés dans des conflits de loyauté ce dont il faut tenir compte afin de le soutenir dans l'expression de son vécu interne. Le conflit de loyauté est le dilemme ressenti par l'enfant dans des situations conflictuelles entre les parents. Pris entre les deux, l'enfant se sent « tiraillé » entre ses deux parents, qu'il aime et souhaite être aimé par eux, il ne peut pas résoudre le conflit qu'il vit : aimer l'un veut dire trahir l'autre et perdre son amour et vice-versa. Le risque d'un tel conflit est d'autant plus marqué dans la situation où la mère est la victime et où aimer l'agresseur est une trahison d'autant plus forte. Les études suggèrent que les filles seraient plus touchées (Grych, 1998), en raison de leur plus fort désir de maintien de relations interpersonnelles harmonieuses. Les conflits de loyauté s'avèrent être en lien avec tous les symptômes de stress post-traumatique, puisque les enfants se sentent dans l'obligation de protéger leurs parents. Ils doivent faire des choix lors des épisodes violents, ce qui peut les amener à prendre différentes places mais également les conduire à subir la violence.

Amato et Afifi (2006) relèvent que les conflits de loyauté sont généralement associés à des symptômes de dépression, nos résultats vont dans le même sens, Ainsi, en contexte de violence conjugale, les enfants ont tendance à vouloir protéger la mère en dépit du fait qu'ils éprouvent un fort attachement au père et ce conflit douloureux engendre des symptômes dépressifs. De la même manière, les conflits de loyauté semblent en rapport avec la colère éprouvée, peut-être une façon pour les enfants de manifester l'impuissance ressentie.

Nos résultats établissent aussi une relation entre les conflits de loyauté et le contexte de violence, indice supplémentaire des effets délétères que subit l'enfant, ils affectent trois (3) enfants sur cinq (5) de notre échantillon (Ouïs, Sirine, Mohamed). Ils étaient empathiques à la souffrance de leur mère et ressentaient de la colère face au père. Pour le cas de Mohamed, le conflit était doublement présent car il reprochait à la mère de susciter l'éclatement de la famille en voulant se sortir d'une situation de violence ou en refusant de faire ce que le père demandait. Les enfants peuvent donc vivre simultanément des sentiments contradictoires (amour et haine, attachement et détachement) à l'égard de l'un ou l'autre de leurs parents. Dans tous les cas, les enfants ne sont pas à « leur bonne place » d'enfant et supportent des traumatismes qui les mènent à être hyper vigilants et à ressentir une importante insécurité.

- **Le point de vue de l'enfant**

Enfin, nous avons pris le point de vue des enfants par rapport à la violence conjugale à partir des recherches qui indiquent que les répercussions de l'exposition à la violence conjugale sont

modulées par les représentations qu'ils ont de leurs situations et de celle de leurs parents (Oned 2007). Ces représentations apparaissent comme autant de facteurs susceptibles d'avoir des effets sur le développement affectif des enfants exposés. L'enfant n'est pas passif face à la violence conjugale. Il essaie d'interpréter la signification de cette violence et d'évaluer le rôle qu'il peut jouer dans l'apparition de la violence ou dans sa résolution. L'enfant qui se blâme pour la violence est plus à risque de manifester de la détresse, notamment des symptômes dépressifs. On a tenté d'approcher la perception qu'à l'enfant de la violence conjugale et de corriger certaines pensées erronées comme c'est le cas de Mohamed qui pensait que c'est « normal » de frapper sa maman, parce que cette dernière a répondu méchamment à son père. Néanmoins on a relevé chez tous ces enfants une prise de conscience de la menace et des enjeux de ce type de relation violente : à savoir que leur mère peut être blessée ou tuée et qu'elle n'est pas en mesure de se protéger. Ils se sentent également eux-mêmes menacés lors des conflits conjugaux. Un sentiment de danger bien justifié, car la violence conjugale peut se conclure par un homicide conjugal.

Nous avons approché le point de vue des enfants sur la violence afin de diminuer leurs difficultés d'adaptation, en faisant exprimer leurs sentiments de frayeur, d'impuissance et d'imprévisibilité, à rectifier l'analyse biaisée que l'enfant peut faire de son rôle et de sa responsabilité face à la violence (comme pour Sirine qui exprimait souvent des sentiments de culpabilité face à sa mère).

- **L'efficacité de la prise en charge psychologique**

Pour la prise en charge psychologique de ces enfants, deux types sont à distinguer : celle de l'enfant seul et celle de l'enfant en intégrant la mère. Plusieurs recherches insistent sur l'importance du fait que l'aide aux enfants ne soit pas dissociée de l'aide à leurs parents (Fortin, 2009 (On rejoint ce point de vue et nous avons choisi d'intégrer les mères. En effet, associer les mères dans les interventions auprès des enfants vise à améliorer la qualité de la relation mère-enfant, qui peut jouer un rôle de facteur de protection. L'intervention auprès des enfants est décisive, elle n'est pas nécessairement de longue durée et l'objectif peut simplement être de parler des événements qui sont survenus par le biais du débriefing qui est un travail de narration portant en lui-même un effet cathartique. La verbalisation des émotions ressenties permet d'une part, l'évacuation partielle du trop-plein d'affect et d'autre part d'en limiter l'impact. Donc nous avons au premier abord, laissé à l'enfant au cours des entretiens semi directif, la possibilité de s'exprimer sur la situation de violence. Tous les enfants de notre échantillon étaient enclins à parler librement des évènements et sans insistance de notre part. Ensuite ils étaient conviés à travailler sur les émotions afin de les identifier et de les verbaliser avec pour visée, d'éviter l'utilisation de stratégies agressives de résolution des conflits.

La prise en charge passe aussi par diminuer les facteurs de risques en favorisant les facteurs de protection. Il fallait mobiliser tout ce qui peut susciter chez l'enfant une image positive de lui-même, à commencer par l'estime de soi. Par conséquent, nous avons tenté de développer les ressources familiales, plus précisément le lien mère-enfant, car la qualité de cette relation

est un facteur de protection pour l'enfant. Elle apporte à l'enfant fragilisé et vulnérable, une possibilité d'avoir un attachement sécure dont il a besoin pour déployer ces compétences, souvent étouffées par cette situation difficile et l'aide à développer des stratégies d'adaptation, de défense, de résilience, d'investissement scolaire et de se projeter dans l'avenir.

Notre prise en charge des enfants consistait aussi dans la guidance parentale. On a insisté sur l'importance du lien mère-enfant, en nous appuyant sur la théorie de l'attachement de Bowlby et la nécessité d'offrir un attachement sécurisant pour les enfants, cela se traduisait par la prise de conscience des mères de l'importance de ce lien pour limiter les conséquences néfastes de la violence conjugale sur les enfants, de développer des compétences personnelles qui peuvent les aider à mieux s'adapter. Les mères devaient prendre conscience de l'importance du lien mère-enfant. Ces enfants étaient déjà exposés à une violence et leur mère étaient aussi source de violence car dans la plupart des cas elles donnaient des châtiments corporels et/ou elles étaient violentes psychologiquement. Cette réalité représente un frein pour le développement de l'enfant qui lutte déjà pour bien se développer entre un père auteur de violence et une mère victime en détresse psychologique. L'enfant dans ce climat de violence était prié de ne pas être à son tour violent avec son entourage. Malgré la fragilité émotionnelle des mères, elles étaient de bonnes Co-thérapeutes. En prenant conscience de l'impact de la violence conjugale sur leurs enfants et que leurs attitudes pouvaient aider l'enfant à s'adapter et à réduire les symptômes du PTSD.

Selon l'attitude adoptée par les mères, nous avons été très attentive à ne pas culpabiliser les mères mais plutôt à les responsabiliser, tout en les soutenant face à ces épreuves, à favoriser leurs compétences de mère et à améliorer les pratiques éducatives et le regard porté sur l'enfant. Développer des stratégies de protection, c'est aussi s'appuyer sur le réseau de soutien social d'aide (quand il existe), car il constitue un facteur de protection important et a également l'objectif de déresponsabiliser l'enfant et de rétablir une estime de soi, qui passe par le regard bienveillant et soutenant des intervenants. Développer aussi l'environnement scolaire qui peut être une source de richesse pour les professionnels, afin d'aider l'enfant. Tout cela en s'appuyant sur des figures identificatoires solides et fiables. Le soutien psychologique apporté aux mères ainsi que le fait de favoriser le lien mère-enfant a eu un effet positif sur le stress et l'anxiété des enfants exposés.

Synthèse

Le constat de la violence conjugale est impressionnant et déroutant, car cette violence est multiforme, cyclique, complexe et touche toutes les couches d'une société quel que soit son niveau de développement. C'est avant tout une violence masculine et les premières victimes sont indéniablement les femmes et les enfants. Comme le rappelle l'OMS en 2016 : « la violence à l'égard des enfants est un problème de santé publique, de droits humains et de société, avec des conséquences potentiellement dévastatrice et couteuses, ses effets nuisent aux enfants de tous les pays, touchant les familles, les communautés et les nations ». Mais la loi du silence, le déni, la méconnaissance de la gravité de l'impact de la violence conjugale sur les enfants, sur leur santé mentale et physique, font que ces enfants se sentent abandonnés, sans protection, ni soins, ni accès à la justice. Ils sont seuls face à la violence, face aux traumatismes, l'absence de protection et de prise en charge psychologique de ces enfants, et un risque pour leur santé mentale et physique, pour leur développement, leur vie affective, leur scolarité et leur insertion sociale. C'est un facteur de grande vulnérabilité, d'aggravation des inégalités, de la précarité, de l'exclusion, et d'apparition de violences ultérieures, alors que tout cela peut être évité par des soins spécifiques. Les professionnels de santé sont en première ligne pour lutter contre les violences et leurs conséquences. Cependant le manque de formation au repérage et à la prise en charge des traumatismes psychiques, constitue un réel handicap. Pourtant même si les psycho traumatismes chez l'enfant ont été longtemps minimisés, ils sont aujourd'hui bien individualisés. La question de leur exploration, par contre, est assez récente.

Il faudra préciser que la situation de l'enfant exposé à la violence conjugale ne saurait être confondue avec celle de l'enfant exposé aux conflits conjugaux. La violence reflétant un abus de pouvoir et non un mode de résolution des conflits. Les principaux résultats obtenus à travers cette recherche, auprès des cinq cas cliniques présentés, montrent que l'exposition des enfants à la violence conjugale peut laisser de graves séquelles sur le psychisme. Elle montre de façon générale que les enfants exposés à la violence conjugale développent davantage de troubles tels que l'anxiété, la dépression, les comportements agressifs, et des troubles liés à l'intériorisation des émotions. Cette violence engendre un grave traumatisme cliniquement observable à travers les symptômes du PTSD. Ce traumatisme psychique correspond à un évènement de vie qui se caractérise par son intensité, sa répétition, l'incapacité dans laquelle se trouve l'enfant d'y répondre de façon adéquate, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Ses enfants éprouvent des difficultés d'adaptation générale, qui s'expriment sur les cinq sphères principales de fonctionnement, soient les sphères physique, comportementale, émotionnelle, cognitive et sociale.

Nos résultats comportent quelques implications cliniques, car tous les enfants présentent un état de stress post traumatique en lien direct avec le contexte de violence conjugale dans lequel ils évoluent. Ils présentent aussi des troubles intériorisés et extériorisés. Cette constatation indique qu'ils ont besoin d'être davantage sécurisés dans leurs relations et particulièrement dans le lien avec leur mère. En effet, cette dernière constitue leur principale source de soutien. Notons que la violence conjugale peut affecter les capacités parentales de la mère, par conséquent, la qualité de la relation mère-enfant est une variable de plus en plus

considérée comme liée aux difficultés d'adaptation rencontrées par l'enfant exposé à la violence conjugale. Cela nous amène à suggérer des interventions auprès de la dyade mère-enfant visant à maintenir ou améliorer la qualité de la relation. En effet, il serait pertinent de favoriser la communication et d'appuyer la mère dans la lourde tâche de demeurer attentive au vécu de son enfant tout en surmontant ses propres difficultés.

Cette recherche a permis d'explorer de près le vécu psychologique de cinq enfants exposés à la violence conjugale. L'analyse qualitative des résultats est pertinente, car elle permet une compréhension plus subtile des enjeux internes de chaque cas. Elle a mis en lumière certains points communs à tous les enfants, notamment la présence des symptômes pathognomonique du PTSD, comme la reviviscence des évènements traumatiques, l'hyper vigilance, mais aussi l'affect dépressif et l'anxiété. On a constaté que le tableau clinique psycho – traumatique chez l'enfant n'est pas différent de celui de l'adulte, tant que pour ce qui est de la réaction immédiate que pour les séquelles. Toutefois il arrive que certains symptômes soient masqués, ce qui peut entrainer des erreurs de diagnostic. Les défenses cognitives sont souvent insuffisantes chez l'enfant qui ne peut comprendre la situation, sa fragilité, son incapacité de faire face par la fuite, la parole ou la représentation mentale, vont l'amener à vivre un stress dépassé sur le mode de l'état second et du comportement automatique. L'enfant est aussi moins sujet à l'abréaction que l'adulte. Tous les symptômes décrits dans le psycho trauma ont été repérés chez les enfants, la même déréalisation, les mêmes cauchemars répétitifs. Cependant les symptômes peu spécifiques sont prépondérants chez l'enfant. Ils se manifestent par une fatigue scolaire, avec blocage et perte des acquisitions, une anxiété omniprésente et une angoisse somatique au paroxysme. La plainte somatique peut masquer le reste du tableau clinique. Luis Crocq pense qu'il est inexact de parler de changement de la personnalité chez l'enfant, il s'agit plutôt de perturbations très graves dans l'orientation et l'affirmation de la personnalité. Envahi par un sentiment d'insécurité, l'enfant devient craintif, en état d'alerte permanente, appréhendant tout contact.

Quelques constats se dégagent de notre étude : des ressemblances sont constatées selon le sexe des enfants. Les garçons ont plus tendance à présenter des troubles extériorisés, alors que les filles présentent plus de troubles intériorisés. De manière générale, les outils utilisés pour l'évaluation de l'impact de la violence conjugale sur les enfants (entretiens, observations, échelle) soulignent que la majorité est fortement perturbée présentant un traumatisme psychologique, des troubles du comportement et des troubles de l'adaptation. Par rapport à l'apparition de la violence conjugale dans la vie des enfants, notons que sur 5 cas, juste un seul (Sirine) a été exposé pendant une période de deux ans. Les quatre autres ont été exposés depuis leur naissance. On constate un effet négatif à long terme de l'exposition à la violence conjugale à un âge précoce et on pense que ceci est lié à l'apparition du comportement agressif ultérieur.

Comme beaucoup de chercheurs, nous pouvons donc considérer l'exposition de l'enfant à la violence conjugale comme une forme de mauvais traitement qui engendre des séquelles psychologiques graves, se manifestant cliniquement dans l'état de stress post traumatique. Elle terrorise l'enfant, l'isole et le corrompt en le socialisant à l'abus de pouvoir et à des formes inadaptées de relations interpersonnelles. Tous les enfants ne sont pas affectés de la

même intensité par la violence conjugale à laquelle ils sont exposés puisque les facteurs de protection comme le style parental positif de la mère, la relation sécurisante mère–enfant, les ressources individuelles et sociales et l'aide psychologique, peuvent aider les enfants à surmonter le traumatisme.

Notons que l'originalité de notre recherche était de cibler l'étude sur une population d'enfants qui n'auraient pas vécu le traumatisme de la maltraitance directe de la part de leur père, donc on peut affirmer que l'exposition en soi représente un risque pour ces enfants. Lors de nos entretiens thérapeutiques, notre principale intervention auprès des enfants exposés à la violence conjugale, était de favoriser l'expression de l'enfant concernant les émotions ressenties, à le déresponsabiliser quant à la violence et à reconnaître le réseau d'aide auquel il peut faire appel. Nous avons accordé aussi une grande importance à la qualité de la relation mère-enfant en reconnaissent l'intérêt d'associer les mères à la prise en charge de leur enfant, car la relation mère-enfant dans ce contexte constitue un important médiateur de l'adaptation de l'enfant. Au-delà des scènes de violences auxquelles l'enfant est exposé, les comportements maternels semblent contribuer à augmenter ou diminuer la détresse de l'enfant.

De manière générale, nous pouvons affirmer que la violence conjugale a un effet délétère sur les enfants et est susceptible d'affecter plusieurs sphères de leurs vies, qui peuvent être directs ou indirects par le biais d'autres variables modératrices. Ces conséquences peuvent, entre autres, être d'ordre physique, psychologique, comportemental, social, cognitif, scolaire et qu'elles peuvent aussi avoir des répercussions à long terme. Notons que les enfants ne sont pas toujours affectés sur tous les plans et en même temps, ni de la même intensité, néanmoins l'exposition à la violence conjugale demeure un problème important qui peut affecter le développement de l'enfant, puisqu'elle augmente le risque d'avoir des difficultés d'adaptation. Le sexe des enfants, l'âge, la période à laquelle ont débuté les violences ainsi que le fait pour l'enfant d'avoir subi des maltraitances directes, sont autant de caractéristiques qui doivent être appréhendées et dont il faudrait davantage préciser les effets.

Nos principaux résultats mettent en évidence que les conséquences de l'exposition des enfants à la violence conjugale est susceptible d'affecter plusieurs sphères de leurs vies. Bien entendu, il existe différents facteurs qui influencent les difficultés vécues par les enfants,

Nous concluons notre synthèse en précisant que l'exposition à la violence conjugale est une violation sérieuse des besoins de sécurité de l'enfant. Elle demeure un problème important qui peut affecter le développement de l'enfant, puisqu'elle augmente le risque d'avoir des difficultés d'adaptation, des troubles du comportement et un réel traumatisme. Cette exposition serait assimilable au fait d'être confronté à des situations de mort ou de grand danger physique. Dans un contexte de dépendance physique et psychique à ses parents, l'enfant qui évolue dans un contexte de violence conjugale est donc d'une extrême vulnérabilité et vit cette situation comme une mise en danger. Il se construit ainsi dans un contexte de peur, de menace et d'impuissance.

Les enfants exposés à la violence conjugale, comme leur mère, sont ainsi soumis au cycle de la violence. Ils adaptent leur quotidien au gré des phases : ils ressentent la tension, subissent

les effets de l'éclatement de la violence et entrevoient lors de la phase de rémission, l'espoir que la violence ne se reproduira plus. Le sentiment de ne pas être protégé et de ne pas pouvoir protéger fragilisent la sécurité affective de l'enfant et constituent des éléments qui placent l'enfant dans une position d'adulte. Le silence autour des scènes de violence auxquelles il est exposé, contribuerait à cet état de stress post traumatique, dans la mesure où le silence et le déni entravent toute élaboration psychique. L'enfant devient donc une victime des violences conjugales tout autant que sa mère ou même plus.

La Conclusion générale

Où la souffrance mène-t-elle l'homme ? A la pureté ou à la bestialité ?

Elie Wiesel, L'Aube, Le Seuil, 1995.

1.Le devenir des enfants exposés à la violence conjugale ; récit de vie de deux cas adultes exposés dans leur enfance

•1er cas : (W) 26 ans, étudiant

Il s'agit d'un jeune homme **(W)** de 26 ans, l'ainé d'une fratrie de deux enfants, sans antécédents médicaux particuliers, étudiant, célibataire. Reçu lors de notre exercice comme psychologue clinicienne au CHU d'Oran, orienté pour des troubles dépressifs.

Ce patient a été exposé à la violence conjugale depuis sa petite enfance. Une violence physique au premier abord, accompagnée d'une violence psychologique. Ces parents ont fini par divorcer après une vie conjugale chaotique alors qu'il était adolescent. Le jeune homme d'un tempérament très nerveux et anxieux, relate les faits avec émotion. Le souvenir qui l'a marqué, mis à part les nombreux coups que son père a porté à sa mère, est cet évènement traumatique alors qu'il était âgé de 6 ans. Son père qui était alcoolique et après une énième crise de nerfs, a porté des coups de poings violents au ventre de sa mère, enceinte de quelques mois. Le petit garçon qu'il était a défendu sa mère et a prévenu les voisins, ces derniers ont réagi en appelant le Samu, transporté en urgence, la mère a perdu son bébé suite aux coups et blessures, mais sa vie fut sauvée. Depuis ce jour sa mère l'a considéré comme son sauveur.

Notre « témoin » n'a pas eu la vie facile et tous ces évènements difficiles, cette violence s'est répercutée sur son comportement et ses relations sociales, sur son estime de lui-même, même si aujourd'hui il a tant bien que mal réussi ses études (qu'il continue encore). W a commencé à consommer de l'alcool à un âge précoce (16 ans précisément), jusqu'au jour d'aujourd'hui. Il n'a jamais cessé d'en consommer. Il fume beaucoup et a tendance à s'isoler surtout lors des périodes les plus difficiles ou son humeur devient dépressive, il est dans le retrait et dans la solitude. Il ne fait que boire, ne voit personne et s'enferme dans la souffrance. Il présente aussi un manque de confiance en soi et en les autres, a tendance à la dépression. Le patient rattache sa « réussite » dans les études, à la persévérance et à l'insistance de sa mère qui est une femme instruite et financièrement à l'abri du besoin. On a relevé chez ce patient une colère réprimée depuis longtemps. En effet, cette colère est dirigée vers les hommes violents. Envers son père, il éprouve encore des sentiments ambivalents qui le font encore souffrir (conflits de loyauté) même s'il a gardé un certain contact avec lui. Il le fuit et préfère ne pas devoir le rencontrer. Notre « témoin » n'a jamais oublié les « images » de la violence (des reviviscences). Ces dernières l'on toujours accompagné au cours de sa vie, il rapporte avoir des difficultés à entretenir une relation saine et sérieuse avec une femme, qu'il traite mal, souvent sévèrement, il peut être psychologiquement violent avec les femmes, alors qu'il ne supporte pas de voir une femme se faire battre par quelqu'un dehors dans la rue et il peut intervenir pour la sauver comme il l'avait fait pour sa mère dans le passé.

Nous pensons que la violence conjugale a été intégrée comme modèle de représentations des relations familiales et conjugales pour ce patient, ce qui explique sa façon de traiter les femmes et sa violence psychologique. Le fait de consommer de l'alcool cache une dépression sous-jacente, comme une béquille, il boit pour éviter de faire face à sa souffrance. Malgré la

présence de la mère, le patient a eu un attachement insécure, il a un confit de loyauté par rapport à son père. La colère envers les hommes violents physiquement est initialement destinée à son propre père. Le lien mère-enfant n'a pas été suffisamment de qualité pour l'aider à dépasser le traumatisme de la petite enfance. Le patient n'avait jusqu'à maintenant jamais fait de suivi psychologique ou pris conscience de sa souffrance et de sa colère. Notre « témoin » correspond à l'enfant en colère (écrasé) décrit par l'auteur J.L Tournier.

•2ème cas : (M) 37 ans, fonctionnaire

Il s'agit d'un homme **(M)** âgé de 37 ans, le benjamin d'une fratrie de trois enfants, sans antécédents médicaux particuliers. Exposé à la violence conjugale à la petite enfance, licencié universitaire, fonctionnaire et célibataire. Ce patient est reçu suite à sa propre demande de« voir » un psychologue et de faire son récit de vie.

Notre « témoin » a réussi tant bien que mal ces études et travaille actuellement comme cadre dans une entreprise. Ses parents sont tous les deux décédés, ainsi que sa grande sœur. Le père de notre témoin a commencé à maltraiter sa femme dès le début de leur mariage, puis à la violenter, physiquement, psychologiquement et la priver de ressources ainsi que ses enfants. C'était un homme violent, alcoolique et irresponsable. Il refusait de travailler comme le reste des pères, il rentrait tard le soir, réveillait ses enfants alors qu'ils avaient école le matin, maltraitant de ce fait ses enfants aussi. Les coups portés à la mère étaient si violents que cette dernière est devenue hyper vigilante, faisant avec le temps qui passe, attention à tous ses faits et gestes pour éviter de mettre en colère son mari. Elle était traumatisée et vivait dans la terreur. Au point où le jour prévu pour la naissance de (M), elle avait pris une bouteille d'eau de javel avec elle à la clinique, pour tenter de mettre fin à ses jours, si jamais elle donné naissance à une fille, car son mari, violent et menaçant, voulait à tout prix qu'elle ait un garçon et refusait d'avoir encore une autre fille.

Avec la violence physique et psychologique qui sévit tous les jours contre cette femme, le mari qui tenait un bar, exposait son enfant (notre témoin) dès le plus jeune âge à ses beuveries, en le prenant avec lui au bar. (M) décrit un père qui maltraitait tout le monde, crachait sur les pauvres, qui demandait l'aumône, il l'appelle « le monstre », mais en parallèle, en rentrant à la maison, sa mère consciente de l'influence néfaste de son mari sur son enfant, lui expliquait que le comportement paternel est erroné, lui donner de l'affection, lui parlait, l'écoutait… A l'adolescence notre témoin vouait une vraie haine pour son père et un jour alors qu'il avait 18 ans, il s'est interposé entre sa mère et son père qui voulait la frapper une énième fois. Notre témoin a fait face à son père pour la première fois de sa vie et s'est adressé selon lui, à son père ainsi : « si tu la touches, je te tue », depuis ce jour l'auteur de violences n'avait plus levé la main sur elle.

Cette famille a connu des moments de grand désarroi, pendant plusieurs années, quand le père a perdu son bar, la famille s'est retrouvée sans ressources et n'ayant même plus à manger, notre témoin nous raconte qu'ils allaient à l'école avec des vêtements déchirés, le ventre vide, la mère en détresse ne pouvait pas quitter le mari et a préféré rester avec ses enfants, car il

s'agissait de son troisième mariage. Elle-même victime au départ d'une mère maltraitante qui voulait juste la marier « au plus offrant », d'où ces deux précédents divorces. Les deux sœurs de (M) ont présenté des troubles psychiatriques graves. La première, est sa sœur ainée qui a développé une schizophrénie alors qu'elle était étudiante à l'université, dix ans après elle décède. Son autre sœur a présenté des bouffées délirantes, quelques années après l'apparition des troubles de la grande sœur. Actuellement elle est stabilisée, avec des périodes de rechute et elle a la charge de notre patient.

Ce qui nous a marqué dans ce récit, c'est la différence dans le lien mère-enfant. En effet la mère n'avait pas la même qualité relationnelle avec ces filles, qu'avec notre « témoin » et cela depuis leur adolescence, car ces dernières n'arrêtaient pas de lui faire des reproches par rapport à la situation précaire dans laquelle baignait la famille. Elles lui reprochaient de n'avoir pas tiré profit de l'argent du bar, car la mère considérait cela comme de l'argent malpropre. On précise que le père qui a attendu d'avoir un garçon pour qu'il hérite du bar, rejetait ses filles qui ont donc fini par manquer d'affection, d'attention, d'attachement sécure avec les deux parents.

Il serait bien sur préférable d'être prudent, si on veut établir un lien direct entre cet attachement insécure et l'apparition ultérieure des troubles psychotiques chez ces filles, mais ce n'est pas une hypothèse à écarter. Dans tous les cas c'est le lien sécurisant avec la mère qui a pu « sauver » notre témoin de troubles plus graves, vu le parcours difficile dans lequel il a évolué. Notre témoin correspond à l'enfant résilient décrit plus haut dans le corpus théorique.

2) Conclusion et recommandations

« La violence à l'égard des femmes est si répandue que chacun d'entre nous peut faire quelque chose pour la combattre. Nous devons unir nos forces pour faire disparaitre ce fléau, promouvoir une égalité pleine et entière entre les sexes et édifier un monde dans lequel les femmes et les filles seront en sécurité, comme chacune d'entre elles le mérite et pour le bien de l'humanité toute entière » ONU 2015

Dans la société algérienne où la relation de couple est considérée comme un espace d'ordre privé, censé être une source d'épanouissement individuel et familial, une certaine réticence à associer violence et vie conjugale est manifeste. Aussi courante soit-elle d'après les statistiques nationales et internationales, la violence conjugale reste-telle encore tabou ? Tout porte à le croire, même si toutefois, on peut dire que de nos jours, elle est reconnue comme un problème de société et traitée comme telle. En effet, les premières expérimentations en direction des violences faites aux femmes sont multiples, les réseaux de soutien s'activent chaque jour davantage pour les protéger. Les auteurs de cette violence intime commencent eux aussi à être pris en charge dans certains pays, par contre les enfants, ne sont pas préservés. La réalité le prouve, ils sont abandonnés à leur sort, à leur souffrance, ces enfants vont développer un traumatisme ancré dans leur personnalité en devenir, leur devenir adulte est menacé, parfois profondément. Alors que faut-il à un enfant pour bien grandir ? Mis à part les besoins biologiques, l'enfant a besoin d'une vie familiale teinté d'amour, de sécurité, de

stabilité et de beaucoup d'attention de la part de ses parents, pour forger sa propre identité de sécurité et de stabilité. Il a besoin d'une mère comme premier objet d'amour, source d'affection et d'un père pour l'aider à s'ouvrir sur le monde, se socialiser et gagner en confiance. Or les enfants exposés à la violence conjugale sont profondément et durablement affectés par cette expérience de vie, ils vivent dans un climat où règne la violence et cela influence leur développement social et affectif et les rend très vulnérables à l'émergence des difficultés psychopathologiques.

Se pose alors pour nous cette question : si les hommes auteurs sont approchés et les femmes victimes soignées, les enfants iront-ils mieux ? Il ne fait aucun doute que les soins prodigués à leur mère ne soignent pas leurs blessures, le traitement appliqué à leurs pères ne rétablit ni leur sécurité, ni leur dignité. Les enfants vivent singulièrement tout événement qui trouble l'atmosphère familiale, la prise en charge de ces enfants est presque inexistante. Les établissements qui accueillent les femmes maltraitées peinent à consacrer une énergie suffisante aux enfants de celles-ci. Comparativement à la mère dont la vie est menacée, au père dont la violence dévaste tout sur son passage, l'urgence commande et écarte l'enfant, minimisant sa souffrance muette ou bruyante. Dans tous les cas, l'enfant n'est pas indépendant de la situation de violence conjugale, car la dynamique conjugale le place dans un climat constant de peur et de tension et la recension du peu d'études réalisées témoigne de l'important impact de la violence conjugale sur le développement des enfants.

Nous avons constaté tout le long de cette recherche, qu'en Algérie cette notion d'enfant exposé est quasiment absente et il est complexe d'estimer le nombre d'enfants qui serait concerné par ce phénomène et dont les pouvoirs publics sous-estiment certainement la proportion. De ce fait, les mesures de protection et de prise en charge sont inexistantes et les enfants exposés à la violence conjugale ne sont pas reconnus comme en danger. Se pose alors la question de leur prise en charge ou plutôt de l'absence de celle-ci, qui constitue une nouvelle fois un manque de reconnaissance du vécu de ces enfants. Cette prise en charge n'est pas nécessairement de longue durée et l'objectif peut être simplement de parler des événements qui sont survenus car, bien souvent, la violence n'a jamais été nommée. De plus, si des prises en charge doivent être mises en œuvre, la question demeure de savoir qui les organise et les conçoive (la justice, la santé... ?). Au Québec par exemple, l'exposition à la violence conjugale est reconnue comme une forme de maltraitance psychologique qui peut compromettre la sécurité et le développement de l'enfant (Gouvernement du Québec, 2014) en situation de violence conjugale, la sécurité des enfants est donc une priorité d'intervention.

La présente recherche, de nature qualitative et explicative, avait pour objectifs d'approcher le vécu des enfants exposés à la violence conjugale, d'étudier les symptômes de stress post traumatique, elle a aussi pour visée d'analyser le lien mère-enfant en s'appuyant sur la théorie de l'attachement. Dans ce but quatre mères d'enfants exposés à la violence conjugale, ont été approchées en entretien individuel semi-dirigé. Durant ces entretiens, les mères ont fait l'objet de soutien psychologique et de guidance pour les aider à prendre conscience des enjeux de la violence conjugale et de l'importance de leurs attitudes éducatives incohérentes et négatives envers leurs enfants traumatisés. Cinq enfants exposés à la violence conjugale depuis une durée d'au moins une année, ont aussi fait l'objet d'entretiens semi dirigé et de prise en

charge psychologique incluant le débriefing des événements traumatiques avec l'évaluation du traumatisme et le soutien psychologique. Nous nous sommes appuyés sur la théorie de l'attachement dans notre approche des enfants exposés car nous trouvons qu'ils souffrent d'un attachement insécure, d'une part un père violent et d'autre part une mère victime prise dans un processus psychique typique de la violence conjugale et qui serait moins disponible à son enfant et lui ferait perdre un certain nombre de repères éducatifs et de déploiement de marques affectifs.

Cette recherche accorde donc de l'importance au vécu de l'enfant exposé à la violence conjugale ainsi qu'aux symptômes de stress post-traumatique et permet d'éclairer les expériences douloureuses des enfants évoluant dans ce contexte de violence familiale. Enfin, notre recherche indique bien l'importance du lien d'attachement mère-enfant dans l'atténuation des symptômes post traumatiques chez l'enfant exposé. En effet, la relation mère-enfant apparaît, dans notre étude et dans plusieurs autres, un facteur de protection sur lequel il faut s'appuyer dans la thérapie.

Les principaux résultats de notre recherche apporte de nombreux éclairages qui permettent de saisir l'ampleur des effets délétères de l'exposition à la violence conjugale sur l'équilibre psychique des enfants âgés de 6 à 12 ans, ceci concorde avec les autres recherches en psychopathologie du développement qui affirment que les enfants sont beaucoup plus susceptibles de manifester des problèmes affectifs et comportementaux s'ils vivent dans des environnements malsains, marqués par des tensions, la friction et la peur ce qui va engendrer des répercussions à court, moyen et à long terme. Tels que des problèmes intériorisés comme l'anxiété, des symptômes dépressifs, une plus faible estime de soi, Quant aux problèmes de comportements extériorisés, ils se manifestent par l'agressivité, l'hyperactivité ou la délinquance.

Nos résultats indiquent que les enfants de notre échantillon sont traumatisés par la situation de la violence conjugale, ils présentent tous des symptômes de stress post-traumatique, le diagnostic est confirmé par l'observation des symptômes et l'échelle d'évaluation du PTSD. Les enfants pris en charge présentent aussi des problèmes intériorisés et des problèmes extériorisés. Ces éléments témoignent de réelles difficultés sur le plan socio-affectif, voire des entraves majeures pour le développement des enfants. Nous constatons en effet que l'enfant exposé à la violence conjugale a plus de risque d'avoir un attachement non sécurisant et que la violence conjugale engendre chez lui une réelle destructivité psychique. Même si dans la plupart des cas, la violence ne l'atteint pas physiquement, il y est exposé, cela ne diminue en aucun cas le risque de retentissement négatif sur l'enfant. En plein développement, il voit alors son avenir compromis par ces actes lourds de conséquences. A la différence de l'adulte l'enfant ne dispose pas des mêmes ressources psychiques pour se défendre de l'impact destructeur du traumatisme. Sur le plan des caractéristiques individuelles des enfants, nous avons constaté des différences en lien avec le sexe des enfants, les garçons présentent plus d'agressivité donc des troubles extériorisés tel que l'agressivité, la colère et l'hyperactivité alors que les filles tendent à présenter des problèmes intériorisés comme le repli sur soi, la timidité, la dépression.

Notre étude n'échappe pas à quelques limites méthodologiques, nuançant dès lors les conclusions de ce travail, la première des limites est relative à la taille de notre échantillon qui est composé de cinq cas. Il est donc nécessaire d'être prudent dans l'interprétation des résultats que nous avons obtenus. La deuxième limite concerne l'approche des conjoints auteurs de violence. En effet, nous aurions aimé nous entretenir avec eux afin d'avoir un aperçu des caractéristiques de leur personnalité, les causes ou les troubles qui pourraient expliquer leurs comportements violents et enfin leurs perceptions sur le vécu de leurs enfants exposés à la violence conjugale et leur attachement.

Les expériences des enfants exposés sont douloureuses, ils sont délaissés du fait de la place prépondérante qu'occupe la violence dans les huit clos familiaux. Ceci est le drame de ces enfants, ils sont abandonnés à leur sort, livrés à eux-mêmes, confrontés à une absence répétée et soutenue. Ils doivent développer des stratégies de survie. La sanction à elle seule ne suffit pas, elle doit être accompagnée par la prévention et prendre véritablement conscience de cette réalité est source d'obligation devant ses enfants, nous avons obligation à soulever le voile sur leur souffrance, à les accompagner, les soigner, prendre soin de ces enfants, socialement, professionnellement et personnellement. L'enjeu est de taille, alors il faut des intervenants fiables, constants, humains et authentiques.

Nous concluons que les enfants exposés à la violence conjugale sont une cible relativement récente, qu'ils sont des victimes autant que leur mères, leur exposition constitue une forme de maltraitance psychologique et le climat de violence a des répercussions à court et à long terme. Ces traces sont profondément intégrées et les souvenirs présents à jamais.

Recommandations

Comprendre la réalité des enfants exposés à la violence conjugale s'inscrit dans une volonté de développer une réflexion et d'être en mesure de proposer des prises en charge et des accompagnements adaptés, tout en leur reconnaissant un statut d'enfant victime. Notre recherche nous permet donc de proposer quelques orientations pour de futurs travaux ainsi que quelques pistes cliniques auprès des enfants exposés à la violence conjugale tant au niveau de la protection de l'enfance que sur les actions de prise en charge thérapeutique.

- Nous avons constaté que dans la plupart des recherches existantes sur la question, les personnes interrogées sont les mères victimes de violence conjugale et parfois leurs enfants. Aucune de ces recherches ne sollicite le père. L'état des connaissances tant scientifiques que sociales renvoie donc avant tout à une représentation traditionnelle des relations familiales qui situe l'enfant du côté de la mère. « Les femmes sont davantage considérées comme des mères que les pères comme des pères » Il serait donc intéressant d'impliquer les pères dans la thérapie en prenant en considération la dimension de la parentalité dans la prise en charge des auteurs de violences et travailler les compétences paternelles, les aider à mieux faire face aux conflits, à adopter des comportements plus acceptables et à améliorer leurs capacités de communiquer et de gérer le stress.

- Si on part du principe que la violence masculine est un mécanisme appris et inadéquat de contrôle de la colère, qu'elle est associée au manque d'aptitudes de l'homme violent, que c'est une inaptitude relevant de ses apprentissages ou à des difficultés de maitrise du stress, nous pensons qu'établir une loi qui contraint l'homme auteur de violence conjugale à des obligations de soin serait un bon moyen de lutter contre la violence, car il serait possible de modifier le comportement violent, qui a été appris, en soumettant le sujet à un apprentissage nouveau et différent. Les obligations de soins veillent à prévenir la récidive, tandis que les ordonnances de protection veillent à garantir la sécurité des victimes. Cette étape est importante dans la reconstruction de la victime. Quand les schémas familiaux sont interrompus, le cycle est brisé et le futur remodelé.

- Ouvrir des centres de traitement du psycho traumatismes dotés d'équipes pluridisciplinaires nous paraît également important car les femmes victimes de violences sont livrées le plus souvent à elles-mêmes. C'est pourquoi les pouvoirs publics doivent impérativement doter les hôpitaux de structures d'accueil, d'écoute et de prise en charge psychologique. Les femmes victimes de violences doivent être accueillies et accompagnées pour surmonter leur traumatisme, reconstruire leur identité et recouvrer leur autonomie. A cet effet, il faut agir simultanément pour renforcer leur orientation dans les meilleures conditions et favoriser leur accès au logement et intégrer la victime dans un programme de prise de confiance en ses compétences maternelles. Pour cela, créer des groupes de parole (entre mères victimes de violence). C'est le recul vis-à-vis du conjoint et donc la cassure avec cette relation pathologique qui redonnera confiance à la mère et la rendra davantage disponible. Elle déploiera alors d'elle-même avec son enfant, tous les comportements de chaleur, de soutien et les encouragements dont elle est capable.

- Recenser et sensibiliser les différents partenaires et acteurs concernés sur un territoire donné à la problématique. Lancer un plan de lutte et de mobilisation par les pouvoirs publics contre les violences faites aux enfants, qui se préoccupe du dépistage et de la prise en charge des traumas en sensibilisant les enseignants qui peuvent être interpelés pour faire part du comportement observé à l'école

- S'assurer que la rencontre entre le parent auteur de violences et l'enfant s'effectue en toute sécurité. Il serait donc intéressant de faire des études qualitatives et quantitatives qui aident à mieux comprendre le vécu des enfants exposés à la violence conjugale en post-séparation.

- Renforcer la protection des femmes victimes de violences et des enfants exposés en faisant évoluer le cadre juridique

Annexes

Bibliographies

Ouvrages

Amato (P. R) & Afifi (T.D) Feelings caughts between parents: Adult children's relation with parents and subjective well-being. Journal of Marriage and Family 2006.

Ardent (H), Du mensonge à la violence, Paris : Calmann-Lévy. 2001

Bailly (L) « Syndromes psycho-traumatiques chez l'enfant », in M. De Clercq, F. Lebigot, « Les traumatismes psychiques », Paris, Masson. 2001

Baker (L) Petits yeux, petites oreilles, comment la violence envers une mère façonne les enfants lorsqu'ils grandissent. London, Ontario : centre des enfants, des familles et le système de justice. 2007

Bandura (A) L'apprentissage social. Bruxelles : Mardaga.1980

Beeman& Edelson, J. L. Collaborating on Family Safety. Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma.2000

Lessard et al. Child Custody Issues and Co-Occurrence of Intimate Partner Violence and Child Maltreatment: Controversies and Points of Agreement Amongst Practitioners. Child and Family Social Work, 2010

Belhassar Souhayr "Femmes tunisiennes islamistes", in Le Maghreb musulman en 1979. Paris, CNRS, 1981

Beriaut (M), Turgeon, évaluation de l'état de stress post traumatique chez l'enfant et les adolescents, Masson Issy, les Moulineaux. 2008

Bergeret, la violence fondamentale, l'inépuisable œdipe, Dunod, 1984/2014

Blanchet (A) dire et faire dire, Paris, Dunod. 1991

Bourassa (C) et Turcotte (D), Les expériences familiales et sociales des enfants exposés à la violence conjugale : des observations tirées de leurs propos. Intervention, 1998

Bourassa (C) l'exposition à la violence conjugale psychologique et verbale et son effet sur le comportement des adolescents, journal international de victimologie. 2007

Bourassa (C) La relation entre la violence conjugale et les troubles de comportement à l'adolescence. Les effets médiateurs des relations avec les parents. Service Social, 50, 2003

Bowlby (J) attachment and loss, vol 1, attachment, New York; basic books, 1969/ 1982

Burquier (R), Hofner (M-C) Romain (N) & Mangin (P) Caractéristiques des femmes victimes de violences graves dans un échantillon clinique. Journal International de victimologie. 2009

Card (J) Posttraumatic stress disorder in children exposed to domestic violence: Parental, versus self-report. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 2005

Chahraoui (K), Benony (H) Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris: Dunod, Psycho sup. 2003

Chan (K. L) Children Exposed to Child Maltreatment and Intimate Partner Violence: a Study of Co-Occurrence among Hong Kong Chinese Families. Child Abuse and Neglect, 2011

Chemtob (C.M) & Carlson (J.G) Psychological effects of domestic violence on children and their mothers. International Journal of Stress Management, 2004

Chesnais (J.C), Histoire de la violence, Paris : Robert Laffont, coll. "Pluriel", 1981

Chénard (L. M). Rinfret Raynor et Cantin(S), violence conjugale ; recherches sur la violence faite aux femmes en milieu conjugale. Boucherville : Gaettan Morin éditeur, 1994

Clémence Ruelle, « L'origine de la notion de stress : le modèle de Hans Selye et le « syndrome général d'adaptation » », Les éditions Tissot, 21 octobre 2015

Coutanceau Roland « Auteurs de violences au sein du couple. Prise en charge et prévention ». Groupe de travail animé par le Docteur Roland Coutaceau, mars 2006.

Coutanceau (R) & Smith, J. Violences aux personnes : Comprendre pour prévenir. Paris. Dunod 2014

Crocq Louis, stress et trauma, Masson, 2007

Cummings (E.M) & Davies (P.T) Marital conflict and child adjustment: An emotional, security hypothesis. Psychological Bulletin, 1994

Cummings (E. M), Geoke-Morey (M. C) & Papp, (L.M) Couple, conflict, children, and families: It's not juste you and me, babe. In A. Booth, A. C. Crouter & M. Clements, (Eds.), Couples in conflict Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Ass.2001

Damant (D), Paquet (J) & Bélanger (J) Recension critique des écrits sur l'empowerment ou quand l'expérience de femmes victimes de violence conjugale fertilise des constructions conceptuelles. Féminin Pluriel, 2001

Debout (M) et Durigon (M) Médecine légale clinique, édition, Ellipses.1994

Delgado, José (M.R) Free Behavior and Brain Stimulation. International Review of Neurobiology. 1964

Dobash (RE), Violence against wives: a case against the patriarchy. Free Press, Open Books, New York, 1979

Donald-G Dutton, De la violence dans le couple. Broché – 13 septembre, Bayard éditions psychologie, 1996

Dufour (S) & Chamberland (C), Agir au mieux pour prévenir et contrer la maltraitance envers les enfants du Québec. Santé, société et solidarité, 2009

Dumont, Dunezat, le Dez-Alexandre et Prouf. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, tome 1, édition heure de France. 2004

Durkheim €, Le Suicide, Étude de sociologie, Presses universitaires de France, coll. Quadrige 1997

Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. Journal of Applied Social Psychology, 1994

Ehlers (A), Clark (D.M), Hackmann (A), McManus (F) Fennell (M), Herbert (c) et al. A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. Archives of General Psychiatry. 2003

Egger, Theres &Schär Moser, Marianne. La violence dans les relations de couple. Ses causes et les mesures prises en Suisse. Sur mandat du Service de lutte contre la violence. Du Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes. Berne. 2008

EP, solomon et KM. heide « tupe 3 trama, toward a more affective conceptualization of psychological trama, 1999

Éric Baccino, médecine légale clinique, médecine de la violence, prise en charge des victimes et agressions, Elsevier Masson, Issy les Moulinex, 2015

Fanon (F) Sociologie d'une révolution, Maspero, Paris 1975.

Fortin (A) L'enfant exposé à la violence conjugale : Quelles difficultés et quels besoins d'aide ? Empan. 2009

Fortin (A), Doucet (M) & Damant (D) Children's appraisals as mediators of the relationship between domestic violence and child adjustment. Violence and Victims, 2011

Frederick (C J), children traumatized by catastrophic situations, in post-traumatic stress disorder in children edited by S. ETH and RS Pynoss, American psychiatric association Washington DC, 1985

FREUD (S), Pulsions et destins des pulsions, dans Métapsychologie, Paris : Gallimard, Coll. "Idées", 1940

Gesell (A), le jeune enfant dans la civilisation moderne. Paris PUF. 1976

Goldblatt (H) & Eisikovits, Z. Role taking of youths in a family context: Adolescents exposed to interparental violence. American Journal of Orthopsychiatry, 75, 2005

Gouselin Mélanie, Lafontaine Marie France, Belanger Claude, Bulletin de psychologue, l'impact de l'attachement sur la violence conjugale ; l'état de la question, Paris, 2005

Grasso (D) Petit clerc (A), Henry, (D. B), McCarthy, (K. J), Wakschlag, (L. S) & Briggs Gowan, (M. J) Examining Patterns of Exposure to Family Violence Preschool Children: A Latent Class Approach. Journal of Traumatic Stress. 2016

Grych, (J. H) Children's appraisals of interparental conflict: Situational and contextual influences. Journal of Family Psychology.1998

Grych (J. H), Fincham, (F. D), Jouriles, (E. N), & McDonald, (R) Interparental conflict and child adjustment: Testing the mediational role of appraisals in the cognitive-contextual framework. Child Development, 2000

Gutton Philipe, le pubertaire, Paris PUF, adolescence 1996

Gustave Nicolas, Cyril tarquinio. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé, Dunod. Paris, 2006

Hacker (F), Agression, violence dans le monde moderne, Calmann-Lévy, 1972

Hazan, (C), & Zeifman, D. Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman. Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood, London: Jessica Kingsley, 1994

Hershorn, Rosenbaum, children of matrital violence, a closer look at the unitended victims, American journal of the orthopsychiatry, 1985

Henrion (R), Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre délégué à la Santé, réalisé par un groupe d'experts sous la présidence du professeur Roger Henrion. Paris : La Documentation Française. 2001

Hélène Dellucci et Cyril Tarquinio, Dans Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux (n° 55). L'EMDR – au service de la thérapie systémique, 2015

Hirigoyen (M-F), Femmes sous emprise. Les ressorts de la violence dans le couple. Paris: Oh! Edition. 2005

Holden (G), Geffner (R), and Jouriles (E.R), Children exposed to marital violence, Washington (DC), American Psychology Association, 1998

Hotch (D), Grunfeld, (A. F), Mackay (K), & Cowan (L) An emergency department based domestic violence intervention program: Findings after one year. Journal of Emergency Medicine, 1995

Humphrey, children of battered women, nursing care of victims of family, Reston, Virginie 1993

Jaffe (P), Wolfe (D), Wilson (S) (1990). Children of Battered Women, Sternberg and coll., 1993; sudermann and Jaffe, 1997

Jean-Louis Senon, Carol Jonas, Mélanie Voyer, Psychiatrie légale et criminologie clinique, édition Elsevier Masson, Paris, 2013

Jean-Luc Tournier, l'enfant exposé à la violence conjugale, édition de Boeck, Paris 2012

Jo Anne wemmers, introduction à la victimologie, Montréal, éditeur presse de l'université de Montréal EAN, 2003

Johnson (M.P). Les types de violence familiale. Violence envers les femmes. Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation. Québec : Les presses de l'Université du Québec. 2014

Josse Evelyne. Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent, de Boeck collection le point sur la psychologie. 2011

Juan lui linaires, Des abus et autres maltraitances, la maltraitance familiale entre thérapie et contrôle, de Boeck, Bruxelles, 2008

Kalmus (D), the intergenerational transmission of marital aggression, journal of marriage and the family, 1984

Karli, Pierre, Neurobiologie des comportements d'agression, PUF, collection nodules, 1982

Khodja (S), nous les algériennes, la grande solitude, Alger, casbah édition, 2002

Kitzman (K, M) Gaylord AYLORD, N.K. Holt, AR; KENNY, E.D. child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review, journal of consulting and clinical psychology, 2003

Knibiehler (Y) Violence contre les femmes, regard sur le passé. Dans Fondation pour l'enfance. De la violence conjugale à la violence parentale. Toulouse : Erès.2001

Lapalanche (J), Pontalis (JB), vocabulaire de la psychanalyse, quadrige, paris PUF 1967

Lebigot François, Damiani Carole, Mathieu Béatrice, Débriefing psychologique des victimes, les Traumatismes psychiques, Paris, Masson, 2001.

Lebocivi (S), soli ponton LEDS, la parentalité défi pour le troisième millénaire, un hommage international, paris PUF, 2002

Lehmann (P) The development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in a sample of child witnesses to mother assault. Journal of Family Violence, 1997

Lehmann, P, & Elliston, E. J. Traumatic responding in children exposed to domestic violence: A cross-cultural study. Journal of Ethnic and Cultural Diversity in Social Work, 2001

Lenore E. Walker, The battered woman Éditeur. Harper & Row, Original provenant de l'Université du Michigan Numérisé. 2010 ISBN, 1979

Lessard, G., & Paradis, F. La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protections, recensions des écrits institut national de santé publique du Québec 2003

Lessard (G), Damant, Hamelin Brabant (L), Pépin-Gagné (J) et Chamberland (A), l'exposition à la violence conjugale, dans M-E, Clément et S. Dufour, la violence à l'égard des enfants en milieu familial : Montréal : les éditions CEC, 2009

Levendosky (A) A., & Graham-Bermann, S. A. The moderating effects of parenting stress on children's adjustment in woman-abusing families. Journal of Interpersonal Violence, 1998

Lorenz (K), L'agression, une histoire naturelle du mal, Paris : Flammarion, 1969

Louis Crocq, Quelques jalons dans l'histoire du concept du trauma Dans Trauma et résilience. Victimes et auteurs. Sous la direction de Roland Coutanceau, Joanna Smith et Samuel Lemitre. Collection : Psychothérapies. Dunod, 2012

Louis Cote : Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psycho dynamiques dans les réactions post-traumatiques., Santé mentale au Québec, 1996

Marc (E) & Picard (D) L'Ecole de Palo Alto, un nouveau regard sur les relations humaines. Paris : Retz2000

Maryse Jaspard, Les violences contre les femmes, Collection : Repères Éditeur : La Découvert 2005

Matalon B, les enquêtes sociologiques, A collin, Paris, 1978

Mendelsohn (B), the Origin of the Doctrine of Victimology, Dans: I. Drapkin et E. Viano (dir.). Victimology. Lexington MA, Lexington Books, 1974

McCloskey (L.A), Figueredo, A.J. & Koss, M.P. The effect of systemic family violence on children's mental health. Child Development, 1995

Michaud Yves. Violence et politique, édition Gallimard, 1978

MICHAUD (Y), La violence, Paris : PUF, Coll. "Que sais-je ?", éd. 1998

Michel Manciaux, Cyrulnik B "La résilience : mythe ou réalité. In : éditeur. "Ces enfants qui tiennent le coup", Hommes et perspectives, 1998

Michel, W, sex typing and socialization, in P Mussen (Ed), carmichal'ls manual of Child psychology, New York? 1970

Minuchin (S) Families and family therapy. Cambridge, MA: Cambridge University Press 1974.

Miltchell (JT) History status and future of CISD. J Emerg Med Serv, 1988

M. Moro, Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Dunod, 2004

Mostefa khiati, Les enfants traumatisés par la violence, édition FORM, 2006

Moser (G), L'agression, Paris : PUF, Coll. "Que sais-je ?", 1987

Mucchielli, l'analyse de contenu des documents et communications, 5 m édiction, ESF 1984

Odile Biamant-Berger-Michel Garnier, Bernard Marc, collaborateurs ; Fredéric-Francois Guillonn, Pierre Taboulet, Urgence médico judiciaires, édition assistance hopitaux publique de paris (Doin) Paris, 1995

Osofsky, J. D. Prevalence of children's exposure to domestic violence and child maltreatment: implications for prevention and intervention. Clincal Child and Family Psychology Review, Paquet-deehy, A, victimisation et rectivimisation, le médecin du Québec, 1995:/ 2003

Parsons, L. H., Zaccaro, D., Wells, B., & Stovall, T. G. Methods of and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1995.

Pendineilli Jean-Louis. Introduction à la psychologie clinique. 4ème édition. Book · Reads. Edition: 4èm 2016

Pynoos MD, Alan M. Steinberg PhD. The University of California at Los Angeles, post-traumatic stress disorder reaction index, Melissa J. BrymerPsyD, Kelly B. Decker MA & Robert S., MPH, 1998

Pynoos (R), The Child Post Traumatic Stress-Reaction Index (CPTS-RI) Available from Robert Pynoos, MD, Trauma Psychiatry Service, UCLA, 300 UCLA Medical Plaza, Los Angeles, Cedar Park, 2002

Rinfret-Raynor (M) ; Cantin, S. violence conjugale : recherches sur la violence conjugale faite aux femmes en milieu conjugal, 1994

Royer Deladine, Sonia vermenlen, le développement psychologique de l'enfant, 7eme édition delta, de Boeck, 2004

Samuel (P), Huntington, le choc des civilisations. Editions Odile Jacob, Paris, Why Stress Is Bad for Your Brain, 2005

Seith (C) Enfants et violence domestique : que doivent faire les autorités et les services spécialisés ? Sécurité sociale, 2006

Senninger (J.L), Fontaa (V), Psychopathologie des malades dangereux, Paris : Dunot, 1996

Serge Dalla, violence et vulnérabilité (débusquer, comprendre, agir) de Boeck, Paris Bruxelles 2007

Stanley Milgram. La Soumission à l'autorité : Un point de vue expérimental. Calmann-Lévy, 2e éd.1994

Stark, E., &Flitcraft (A). Women and children at risk: A feminist perspective on child abuse. International Journal of Health Services, 1998

Stefan Vanistaendael, La résilience ou le réalisme de l'espérance. Cahier du Bice 1996

Strauss et Manciaux, violence institutionnelle, l'enfant mal traité, édition fleurus psychopédagogie 1993

Sundermann (M), Jaffe (P), Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux", Agence de Santé Publique du Canada.1998

Terr (LC), Childhood, traumas, an outline and overview, AM, j, psychiatry, 1991

Theran (S. A), Levendosky (A), Bogat, (G. A) et Huth-Bocks, (A. C) Stability and change in mothers' internal representations of their infants over time. Attachment and Human Development, 2005

Thompson, M., Arias, I., Basile, K., & Desai, S. The association between childhood physical and sexual victimization and health problems in adulthood in a nationaly representative sample of women. Journal of Interpersonal Violence, 2002

Thompson, R. A. Early Attachment and Later Development. Dans, J. Cassidy and P. R. Shaver (dir.), Handbook of Attachment: Theroy, Research and Clinical Applications The guilford press: New-York. 2008

Thomas (A), Telmon (N), Allery (J), Pawels (C) & Rougé, De La violence conjugale dix ans après. Le Concours Médical, 2000

Turcotte, P., & Bernard, F-O. L'intervention auprès des hommes aux comportements violents et la socialisation de genre. In. S. Arcand, D. Damant, S. Gravel et E. Harper (Eds.), Violences faites aux femmes. Québec: PUQ. 2008

TR. Gurr, why men rebel. Princeton University. Press, 1970

Vasselier-Novelli (C), Delage (M), Danel (P), & Heim (C) Enfants victimes de violences conjugales. Paris : Broché. 2014

Vila (G) et Mouren Simeoni (M C), l'enfant victime d'agression (état de stress post traumatique chez l'enfant et l'adolescent) l'enfant mythe ou réalité ? Médecine et psychothérapie, Paris, 1999

Vivien Prior, comprendre l'attachement et les troubles de l'attachement, théorie prévue et pratique, de Boeck, Bruxelles, Belgique, 2010

Wallon (H), de l'image au réel dans la pensé de l'enfant, Revue Philosophique de la France et de l'Étranger, paris, 1930

Wolfe, D.A., Crooks, C.V., Lee, V., McIntyre-Smith, A. & Jaffe, P.G. The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. Clinical Child and Family Psychology Review, 2003

Yule W and Williams R M yule w, Williams's r. Post-traumatic stress reactions in children. J Trauma Stress. 1990

Zaouche Gaudron, Olivia Troupel-Cremel, Les relations d'attachement fraternel : évolution des études de 1984 à 2004. Dans Enfant en développement, famille et handicaps (2006)

Zaouche Gaudron (C). Le développement social chez l'enfant, du bébé à l'âge scolaire. Paris : Dunod, (3ème édition).2014

En Arabe ;

عنو عزيزة. العنف الزواجي وعلاقته بأبعاد الرضا عن الحياة وببعض المتغير ات النفسية لدى المرأة الجزائرية. مجلة . الانسانية. عدد 35/ 2011 العلوم

مكروف يمينة. استراتيجيات التعامل لدى الزوجة المعنفة وعلاقتها بالتوافق لزواجي. مجلةابعادالعدد5. / 2018

بوعيشة امال. التصورات لاجتماعية للعنف الزواجي. مظاهر سلبية وتطلعات إيجابية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية عدد .21/ 2015

بنعبد عبد الرحمان. مصادر العنفالزوجيالممارسعلىالمرأةالمتزوجةحسبالتصوراتالاجتماعيةلعينةمنالفتياتالجامعيات. مجلة العلوم الانسانية. عدد 6. 2016

بدرةمعتصممميمونيالاضطراباتالنفسيةوالعقليةعندالطفلوالمراهقديوانالمطبوعاتالجامعية

(B. Moutassem-Mimouni 2010).

Thèse :

Sebaa-Berrouayel (N), Violences conjugales : Nécessité d'une approche psychopathologique dans un contexte socioculturel déterminé. Thèse de Doctorat Ès Sciences. Mai 2017 Université Oran 2 Mohamed Ben Ahmed 2017

Saliha Boudeffa : Travail au féminin : identité et société en Algérie, Quelles Perspectives ?" Travail présenté en vue de l'obtention du diplôme de troisième cycle en Population et Développement. Université de Louvain La neuve. Belgique 1992.

Deshaies, Marie-Line, Récits de femmes sur les services reçus en raison de l'exposition à la violence conjugale au cours de leur enfance : une analyse féministe et narrative de leur expérience, Mémoire. Montréal (Québec, Canada), Université du Québec à Montréal, Maîtrise en travail social.) 2014

Dictionnaires :

Norbert Sillamy, Dictionnaire de psychologie. Larousse, 1999

Larousse universel, vol 1, 1922

Mucchielli (A) (coll). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris Armand Colin, 1996

Rey (A) dir, dictionnaire historique de la langue française, Paris le robert, 2006

Etudes et enquête :

B. Moutassem-Mimouni, (N) Benghabrit-Remaoun, (R) Gherbi-Abdellilah, (F.Z) Delladj-Sebaa. Violences envers les femmes en Algérie. Analyse des résultats de l'enquête nationale de prévalence. Crasc/Unifem/Mdcfcf 2006

Bouzid Baa (S) ; femmes victimes de violence conjugale, in Dirasset insaniya waijtimaia, université d'Oran 1, n°6. 2016

Dubé (M) et Drouin (C), Les contextes de séparation en situation d'homicide conjugal : étude qualitative. Colloque international du CRI-VIFF intitulé : Violence envers les femmes. Réalités complexes et nouveaux enjeux dans un monde en transformation, Montréal.2011

Institut national de santé publique, violence à l'encontre des femmes. Enquête nationale. Algérie 2005

Institut national de santé publique 2011

Fortin, A., Côté, I., Rousseau, S. & Dubé, M. Soutenir les mères pour prévenir les effets néfastes de la violence conjugale chez les enfants. Guide pour les intervenantes des maisons d'aide et d'hébergement. Montréal et Québec : Centre de Recherche Interdisciplinaire sur la Violence Familiale et la Violence faite aux Femmes. 2007

Karen Sadlier, Les enfants exposés aux violences conjugales, Les incidences psychologiques sur l'enfant ; comment va-t-il se construire ? » Centre du Psycho trauma de l'Institut de Victimologie, Paris. 2010

Étude mondiale sur l'homicide, ONUDC, 2011

Maryse Jaspard, ENVEF, Enquête Nationale sur la Violence Envers les Femmes en France, La découverte, Paris, 2005.Enquête Nationale Droits des Femmes 1999-2000

Lessard (G), Flynn, Turcotte, Juneau, Delisle, Meunier, M.-F. Godin, Alcedo et Dumont. Violence conjugale, maltraitance et garde des enfants : une démarche de recherche action favorisant la résolution des controverses entre les acteurs et l'émergence d' une pratique novatrice et concertée, Recherche qualitative, vol. 31, no 2, 2012

Lucie Bélanger, Étude -Ampleur et nature de la violence subie par les femmes et les hommes : analyse sur quelques statistiques sur la violence conjugale, Conseil du statut de la femme du Québec, 2005

Cinquième rapport annuel de l'observatoire national de l'enfance en danger remis au parlement et au gouvernement avril 2010 63 bis, bd Bessières - 75017 Paris

Lussier (Y) et Lemelin (C), Profil des hommes à comportements violents ayant fait une demande d'aide à un organisme de traitement en violence masculine. Rapport de recherche soumis aux Centres de traitement pour Laboratoire de psychologie du couple, hommes à comportements violents. Université du Québec à Trois-Rivières, 65, 2002

Saliha Boudeffa, Stratégies pour les Droits des Femmes en Méditerranée, Quelle Problématique pour le féminisme algérien ? Rencontre, 2016

Schnurr, Rapport du Conseil fédéral, Violence et négligence envers les enfants et les jeunes au sein de la famille, 2012

Revue et article :

Actes ; Revue bimensuelle, psychiatrie et médecine légale (violences), Hydra 2005

ALGERIE PART. Les dessous de l´actualité, Accueil A la une Etude. Le recul de l'âge de mariage en Algérie favorise l'amour.2017

Bouatta (CH), Ethique et psychologie ; le cas des violences faites aux femmes, revue semestrielle de la faculté des sciences humaines et sociales, université de Bejaia n2, 2014

Bouatta (CH) ; de quelques facettes des violences faites aux femmes en Algérie. In dialogue n°208. 2015

Boris Cyrulnik. Résilience : comment ils s'en sortent, Psychologie magazine 2019

Code pénal, république Algérienne démocratique et populaire, présidence de la république, Secrétariat Général du Gouvernement, crimes et délits contre les particuliers Chapitre I Crimes et délits contre les personnes, 2015

Daniel Marcelli, La trace anti-mnésique. Hypothèses sur le traumatisme psychique chez l'enfant. Dans L'information psychiatrique, V 90. 2014

De la Sablonnière (E), & Fortin (A) Violence conjugale et qualité de la relation mère enfant : Effet médiateur ou modérateur de la santé des mères ? Revue Canadienne de la science du Comportement, 2010

Doucet (M), & Fortin (A). Examens des profils d'adaptation chez les enfants exposés à la violence conjugale. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 46, 2014

DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par l'American Psychiatric Association en 2013

Faouzi Adel. Mariage crisis in Alegria, revue algérienne d'anthropologie et de science sociale 1998

Hammadi Nissa. Liberté d'Algérie - 16/11/2006

Journal officiel de la république Algérienne démocratique et populaire, N° 46, le 29 juillet 2018

Korff Sausse Simone. La femme du pervers narcissique. Article Revue française de psychanalyse (n°3 vols 67) 2003

Lavergne (C). Analyse du processus de construction de la violence faite aux femmes en contexte conjugal comme un problème socio-pénal au Québec. Revue Femmes et Droit, 10,1998.

Louis Côté, La violence conjugale ; Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions posttraumatiques, Santé mentale au Québec, vol. 21, n° 1, 1996

Maurice Godelier, Métamorphoses de la parenté [compte-rendu] Damon Julien, revue des politiques sociales et familiales. 2005

Mélanie Gosselin, Marie-France Lafontaine et Claude Bélanger, L'impact de l'attachement sur la violence conjugale : état de la question, Dans Bulletin de psychologie. (Numéro 479) 2005

Morrice Cusson et jacques Marleau, les homicides familiaux approche comparative, revue internationale de criminologie, 2006

Anke Ehlers & David M. Clark. Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. Pages 11-18 | published online: 12 Jul 2009

Revue intervention Oned 2011

Robert M. Sapolsky See all authors and affiliations Science 09 Aug 1996: Vol. 273, Issue 5276, Article Rossman, B. B. R., & Ho, J. Posttraumatic response and children exposed to parental violence. Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma, 2000

Savard, N. & Zaouche Gaudron, C.Points de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé aux violences conjugales. La Revue Internationale de l'Education Familiale 2011

Quotidien / Liberté VENDREDI Le féminisme, entre hier et aujourd'hui (2016-2017)

Gouvernement du Québec, 2014 Article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse

Site web:

https://apps.who.int/iris/handle/10665/201315?locale-attribute=fr&

https://www.who.int/mediacentre/events/2014/wha67/fr/

https://www.who.int/fr/news-room/detail/11-07-2016-new-strategies-to-end-violence-against-children

https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

http://www.ons.dz/

https://www.un.org/fr/events/endviolenceday/