

Les enfants victimes de violences conjugales

Catherine Vasselier-Novelli¹ & Charles Heim²

Résumé

Les violences conjugales incluent une maltraitance envers les enfants du couple, et celle-ci n'est pas seulement d'ordre psychologique : les corps souffrent aussi. Après avoir décrit la participation des enfants aux situations de violences, ainsi que leurs besoins vitaux dans ces cas, l'article développe les conséquences de ces violences sur la santé des enfants. Enfin, les auteurs présentent le mode d'intervention qu'ils ont développé dans deux contextes différents : un centre d'accueil pour victimes, et un centre de consultations.

Abstract: Children as victims of marital violence

Marital violence includes physical abuses of the children that are not only psychological: bodies suffer also. After describing the children's part in conjugal violent situations as well as their vital needs, the article develops the consequences of violence on the children health. Finally the authors present the type of intervention developed by them in two different contexts: a shelter for victims, and an out-patient center.

Mots-clés

Violences conjugales – Maltraitance – Thérapie familiale.

Key words

Marital violence – Physical abuses – Family therapy.

1 Psychologue, psychothérapeute, Centre de consultations et de formations LA DURANCE, Marseille, et CHRS La Roque d'Anthéron.

2 Psychologue, psychothérapeute, Centre de consultations et de formations LA DURANCE, et Service de Sauvegarde de l'Enfance, Marseille.

« *Quand deux éléphants se battent, c'est l'herbe qui pâtit* »

Proverbe... universel.

« *La mort de Poppée : Après la fin des jeux mourut Poppée, victime d'un emportement de son époux dont elle reçut, étant enceinte, un violent coup de pied ; car je ne crois pas au poison, dont plusieurs écrivains ont parlé, moins par conviction que par haine : Néron désirait des enfants et il avait le cœur vivement épris de sa femme. Le corps de Poppée ne fut point consumé par le feu, suivant l'usage romain ; il fut embaumé à la manière des rois étrangers, et porté dans le tombeau des Jules. On lui fit cependant des funérailles publiques, et le prince, du haut de la tribune, loua la beauté de ses traits, la divinité de l'enfant dont elle avait été mère, et les autres dons de la fortune, ses uniques vertus. »*

(Tacite, 55-120, Annales, livre XVI)

Introduction

Dans son analyse des résultats du travail du SNATEM (Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance Maltraitée), Albert Criville (2004) est amené à se demander « si le phénomène des violences conjugales est un sujet qui mérite d'être exploré comme faisant partie du phénomène des mauvais traitements à enfants ; et quelles sont les chances pour que l'existence de violences conjugales dans une famille comporte aussi l'existence de mauvais traitements à enfants ».

Quand on tente de modéliser une écologie de la maltraitance des enfants, il est important de ne pas négliger les facteurs socioéconomiques et socioculturels tels que les théories de l'apprentissage et les croyances justificatives de la maltraitance. Ceci a été largement développé par nombre d'auteurs, nous n'y reviendrons pas.

Une troisième catégorie de facteurs peuvent être regroupés sous le terme de « facteurs familiaux ». Dans la littérature, de nombreux auteurs (Miller, 1983 ; Barudy, 1997 ; Christen, 1998) ont décrit ce processus d'apparition des maltraitances au moment où un système humain n'offre plus à ses membres un contexte de vie, mais de survie. Toutes proportions gardées, c'est le sauve-qui-peut général, et non « les femmes et les enfants d'abord ». Autrement dit, c'est la loi du plus fort qui s'instaure. L'énergie ordinairement consacrée à l'exercice des fonctions symboliques paternelle et maternelle est détournée vers d'autres fins qui apparaissent comme plus vitales et urgentes pour les membres les plus forts – généralement les adultes – du système. Parmi ces

objectifs, il en est un qui figure dans toutes les situations de violences conjugales : l'impossibilité pathologique de la transformation de la relation. Cette impossibilité, que nous avons décrite ailleurs (Christen *et al.*, 2004), est bien plus contraignante que la tendance classique à l'homéostasie des systèmes humains. Elle est dominée par l'idée de survie évoquée ci-dessus : le jeu et l'enjeu de la relation et des interactions familiales y sont confondus. La famille ne doit continuer d'exister que pour que le couple conjugal lui-même ne soit pas menacé. Chacun se voit alors obligé de tenir sa place dans la réalisation de ce scénario, sous peine de violences.

C'est ainsi que les enfants sont objectivés, chosifiés, instrumentalisés dans les conflits conjugaux, quelle que soit la nature des violences exercées. Comment s'intègrent-ils dans les jeux familiaux comportant des violences conjugales ? Cirillo & Di Blasio (1992) proposent un modèle que recourent les observations tirées de notre propre pratique.

Participation de l'enfant aux violences conjugales

La « danse relationnelle » ne se conjugue pas à deux – l'auteur et la victime – mais à trois, quatre ou plus, c'est-à-dire avec les enfants. Ces derniers vont être poussés à entrer dans « la danse » et à se ranger du côté de l'un ou de l'autre. Ils auront à « choisir leur camp », chacun dans la fratrie à sa façon, en fonction de son âge, de son rang, de son histoire singulière, de la place qu'il occupe auprès de l'un ou l'autre et/ou de celle que lui font occuper ses parents.

Dans un premier temps, l'enfant restera spectateur des violences. Nous décrirons plus loin les manifestations physiques et physiologiques liées à la peur qui surviennent quand il voit son père en furie et sa mère agressée, voire blessée. Dans ces moments, l'enfant est considéré comme un objet. Soit les actes violents ont lieu en sa présence sans que cela ne change rien car on agit comme s'il n'était pas là ou comme s'il n'était pas autre chose qu'un objet parmi d'autres dans la maison ; le spectacle des violences lui est infligé sans aucun égard ni aucune protection. Soit, au moment où les actes violents sont prévisibles (notion de rituel), on le déplace vers une autre pièce d'où il entend sans voir. Les enfants (et les adultes) savent et disent que ces moments-là sont encore plus pénibles à vivre ; en effet, ils en sont réduits d'abord à anticiper l'angoisse et la peur pendant les « préparatifs » du rituel, et par la suite, à se créer des images qui accompagnent les bruits et les cris. L'un des effets classiques du rituel est d'induire une réaction défensive d'adaptation à la situation : l'enfant sait reconnaître les étapes successives de l'épisode violent. Il « oublie » que les bruits et les cris correspondent à une souffrance exprimée par des êtres

humains (ses parents) et focalise son attention sur l'attente de la dernière étape du processus qui le délivrera de sa propre souffrance.

Dans un deuxième temps, si les violences conjugales se poursuivent, l'enfant qui grandit aura tendance à construire une représentation de la situation qui fasse sens pour lui. N'étant pas informé des tenants et aboutissants de chaque parent, il applique à la situation une vision simplificatrice manichéenne qui lui fait choisir un camp, et le pousse à entrer dans le jeu aux côtés de celui ou celle qui lui paraît en position de faiblesse, de victime. Il apprend alors qu'il peut se comporter différemment selon la personne à laquelle il s'adresse. Poursuivant sa conduite hyperadaptative défensive, il modifie à volonté les traits de son caractère et ses comportements, ceci le mettant à la merci des deux protagonistes. Le parent victime aura tendance à s'appuyer sur lui, négligeant son rôle parental pour faire de l'enfant son confident et le réceptacle de ses plaintes, le submergeant émotionnellement et le plaçant dans un angoissant conflit de loyauté. Le parent agresseur aura tendance à reporter sur l'enfant déloyal à son égard, les violences destinées en première intention à son conjoint.

Le troisième temps est celui de l'entrée active de l'enfant dans le jeu. Maintenant qu'il a donné du sens aux interactions parentales et aux attaques violentes entre eux, il ne veut plus être spectateur mais acteur. Le conflit conjugal s'est chronicisé, organisant du même coup les interactions familiales au sein desquelles l'enfant joue son rôle et y tient pour exister, malgré le désintéret manifeste des parents à son égard, trop occupés qu'ils sont à leur propre relation. L'apprentissage de l'utilisation des violences comme outil de règlement des conflits commence alors à se manifester : l'enfant devient irritable et anxieux, distrait en classe. Il agresse ses camarades aussi bien que sa fratrie. On note que, de manière paradoxale, il s'identifie en actes à l'adulte dont il réproouve en paroles les actes violents. Cette attitude nouvelle prétend montrer au parent agresseur la réprobation de l'enfant en même temps qu'elle tend à stimuler par l'exemple le parent victime et à lui montrer son soutien actif. Dans les cas les plus dramatiques, on peut en arriver au parricide.

Par exemple, Denis, âgé de 19 ans, a tué son père dans son sommeil, de vingt coups de couteau : « Je l'aimais bien ; mais il fallait que je le tue pour protéger ma mère. Elle n'aurait jamais porté plainte parce qu'elle l'aimait » (*Libération*, 15 septembre 1998). Nous avons nous-mêmes rencontré René, 15 ans, qui, lassé de voir sa mère ne pas agir face aux violences quotidiennes de son père, a tué ce dernier d'un coup de fusil à travers la porte de l'appartement.

L'étape ultime de ce conflit sans issue est l'instrumentalisation des réponses de l'enfant, et ceci quel que soit son âge. En effet, à ce stade, les

comportements de l'enfant sont tels que sa rage et ses débordements paraissent, aux yeux des observateurs, totalement déconnectés du contexte des violences conjugales. Certains intervenants auraient alors tendance à les attribuer à des composantes structurelles intrapsychiques de l'enfant, ou à une période de son cycle de développement (« c'est normal chez un adolescent... »).

Quel que soit son âge, l'enfant sent et constate que ses besoins ne sont alors plus pris en compte. Quels sont ses besoins ?

Les besoins de l'enfant

Dans le modèle représenté par sa célèbre pyramide, Maslow (1943) définit une hiérarchie de besoins servant à la constitution et au développement de la personne humaine. À la base de la pyramide, il situe les besoins de maintien de la vie. Les êtres humains ont huit besoins physiologiques fondamentaux : certains sont vitaux comme le besoin d'oxygène, de nourriture ; d'autres sont importants comme le besoin d'être à l'abri. Un nourrisson doit avoir de l'aide pour satisfaire ses besoins vitaux de nourriture et de boissons, de logement, de maintien de la température corporelle et d'élimination. Au fur et à mesure qu'une personne croît et se développe, elle est de plus en plus capable de satisfaire elle-même ses besoins physiologiques alors que les très jeunes enfants dépendent encore des adultes.

Les besoins de protection et de sécurité physique et psychologique suivent immédiatement les besoins physiologiques dans l'ordre de priorité. Lorsqu'un nourrisson vient au monde, sa sécurité physique dépend entièrement des personnes qui l'entourent. Son maintien implique la réduction ou l'élimination des dangers qui menacent son corps ou sa vie. Pour se sentir psychologiquement en sécurité, un individu doit savoir ce qu'il peut attendre des autres, ainsi que des interventions, des expériences nouvelles et des conditions provenant de son environnement. Nous sentons tous que notre sécurité psychologique est menacée lorsque nous faisons face à des expériences nouvelles et inconnues.

Le troisième niveau est occupé par les besoins sociaux : les besoins affectifs (être accepté tel que l'on est, recevoir et donner amour et tendresse, avoir des amis et un réseau de communication satisfaisant), d'estime de la part des autres (être reconnu comme ayant de la valeur) et d'appartenance (on vit en société et notre existence passe par l'acceptation des autres avec leurs différences, ainsi que par l'appartenance à un groupe).

Les travaux bien connus de René Spitz (1947) sur la dépression anaclitique (ou syndrome de carence affective partielle) des nourrissons placés en institution montrent que des conditions d'hygiène exemplaires et une nourriture abondante ne suffisent pas au développement harmonieux de l'enfant. En effet, en l'absence de relations affectives aimantes et chaleureuses, les nourrissons présentent des retards de développement, des pertes de poids significatives, des maladies plus ou moins graves, des plaintes récurrentes. Parti de ce constat Harlow (1958) va étudier les effets de la séparation chez le bébé singe. Deux situations expérimentales sont présentées : « une mère substitut fil de fer » pourvue d'un biberon et « une mère substitut en peluche ». Le bébé singe va passer plus de temps auprès de la mère peluche, s'y réfugier en cas de peur, manifester de la détresse en cas d'absence et garder un contact avec elle lorsqu'il se nourrit. Pour Bowlby (1944, 1958, 1980), le besoin d'attachement est un besoin primaire. Il montre que le lien mère-enfant est le produit de comportements instinctifs tels que la succion, le sourire, les pleurs, l'étreinte et l'action de suivre du regard. Ces comportements d'attachement auraient pour objectifs de rechercher et maintenir la proximité de la figure d'attachement. Fonctionnant dans un premier temps de manière plus ou moins autonome, ces comportements d'attachement vont, dans un second temps, se coordonner et s'intégrer dans un ensemble. Bowlby explique le développement de ces comportements d'attachement par un processus d'apprentissage et de renforcement par feed-back.

On peut également se référer aux textes de lois pour évaluer quels sont les besoins des enfants auxquels les parents doivent répondre. En France, l'article 375 du Code Civil stipule que les parents sont tenus d'assurer « la santé, la sécurité, la moralité, et l'éducation » de leurs enfants, ceux-ci étant définis comme des personnes en état de vulnérabilité, c'est-à-dire en capacité d'être blessés par les actes ou les négligences des parents ou des adultes qui les entourent.

Conséquences des violences conjugales sur la santé des enfants

Lorsqu'un individu est soumis à une agression ou à une menace, il y répond immédiatement par une réaction désignée sous le nom de stress.

Le physiologiste canadien Selye (1956, 1974) définit le terme de stress comme la réaction bio-physiologique standard d'alarme et de défense de l'organisme face à toute agression. Il identifie trois phases successives qui constituent ce qu'il nomme « le syndrome général d'adaptation » : une phase d'alarme, lorsque l'organisme subit une sollicitation, laquelle déclenche une

mise en alerte générale immédiate caractérisée par des modifications biologiques ; une seconde phase identifiée comme la phase d'adaptation. L'organisme va réagir en s'adaptant à l'agent stressant. Il mobilise les ressources énergétiques nécessaires pour maîtriser la situation ; enfin, la dernière phase appelée phase d'épuisement.

De son côté, Louis Crocq (1999) définit le stress comme « la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu face à une agression ou à une menace. » Il ajoute : « c'est une réaction éphémère ; elle est à priori utile et salvatrice, et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Elle n'est pas pathologique, quoique grevée de symptômes gênants ; mais trop intense, répétée à de courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se mue en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé. » (p. 70).

Les symptômes du stress sont aujourd'hui bien connus. Ils se manifestent de manière plus ou moins intense en fonction de la personne, de son histoire, de la situation. Elle peut présenter des symptômes neurovégétatifs sous forme de tachycardie, d'hypertension artérielle, de sensation d'oppression thoracique, d'envie impérieuse d'uriner, une pâleur, une transpiration importante, des nausées... Au niveau de la motricité, elle éprouvera des sensations d'engourdissement, voire de paralysie, des tremblements, des maladroitness gestuelles. Sur le plan de la pensée, elle va vivre un sentiment d'irréalité, l'impression de penser trop lentement... et au niveau émotionnel, une peur intense.

Citant une revue américaine, Blaise Pierrehumbert (2003) note que « l'exposition prolongée du cerveau au cortisol, surtout chez le bébé [...], entraîne des altérations au niveau de certaines structures du système nerveux, par exemple, l'hippocampe. Or justement l'hippocampe est l'un des centres impliqués dans le processus de réaction au stress. Une conséquence de l'exposition à des stress prolongés est ainsi l'altération de la réactivité ultérieure au stress [...] sur le plan comportemental, elle se manifeste par une "hyper vigilance" ou au contraire un "émoussement" des réactions lors de la rencontre de nouveaux stress et peut conduire à des symptômes comme l'état de stress post-traumatique. » (p. 79)

Les violences conjugales vont entraîner chez la femme comme chez l'enfant, quel que soit son âge, un état de stress important. Les connaissances actuelles à propos de la sensorialité fœtale et des interactions biologiques entre

la mère et le fœtus par le biais de médiateurs chimiques complexes, laissent pré-supposer qu'au moment du passage à l'acte violent, le fœtus vit des modifications physiologiques et biologiques soudaines, comme sa mère. Michel Soulé (1992) confirme que toutes les recherches de psychiatrie du nourrisson montrent « que lorsque les bébés présentent certains troubles très précoces : anorexie primaire, coliques des trois premiers mois, troubles graves et précoces du sommeil, asthme précoce, on retrouve des perturbations chez la mère pendant la grossesse : deuils proches, événements graves, violences, dépression mentalisée ou camouflée... »

Les travaux contemporains sur le phénomène de résilience pourraient nous amener à relativiser de telles observations. Or, Pierre Karli (2006) affirme que les carences et violences de la petite enfance créent des micro-lésions de la région pré-frontale du cerveau, zone des actes intentionnels. Elles induisent aussi un dysfonctionnement de la neurotransmission (morphines endogènes qui jouent un rôle dans les mécanismes de l'attachement). L'attachement sécure se fera difficilement. Il y a résilience quand les micro-lésions ne sont pas irréversibles mais, pour cet auteur, tous les enfants ne sont pas égaux dans ces situations : certains sont plus vulnérables que d'autres, par exemple en raison de leur prématurité ou d'une dépression post-partum de la mère. Ils peuvent être génétiquement fragilisés du fait de la consommation d'alcool ou d'autres toxiques au cours de la grossesse. Les systèmes de neurotransmission et de neuromodulation sont extrêmement sensibles à l'environnement comme le génome. Les gènes constituent des potentialités qui peuvent s'infléchir grâce aux interactions avec l'environnement.

Le rapport réalisé par une commission d'experts sous la présidence du professeur Henrion (2001), gynécologue obstétricien, à la demande du Ministre de la Santé, confirme ces données. Après une étude épidémiologique, il consacre un chapitre aux « conséquences des violences conjugales sur la santé des femmes et de leurs enfants ».

Les auteurs du rapport soulignent que la grossesse est une période particulière en tant que facteur déclenchant ou aggravant des violences conjugales. Il en va de même pour les périodes péri- et post-natales. En effet, les violences se manifestent plus fréquemment dans les périodes de crise de la relation, et l'annonce d'une grossesse initie toujours une crise, c'est-à-dire un nécessaire changement d'état de la relation. Le rapport Henrion cite Parsons *et al.* (1999) qui signalent que « 51,2 % des femmes enceintes décédées (et donc leurs bébés aussi) à la suite de traumatismes physiques étaient connues de leur gynécologue comme étant victimes de violences de la part de leur partenaire ou d'une connaissance ».

Les violences retentissent à la fois sur la mère et sur le fœtus.

La grossesse non-désirée aboutit souvent à des I.V.G. sous la contrainte, « ou à des déclarations tardives, et à des grossesses mal surveillées avec leurs conséquences sur l'enfant et son développement : accouchements prématurés, retards de croissance *in utero*. A cela s'ajoute souvent un tabagisme maternel (et paternel), l'usage d'alcool ou d'autres drogues, une anémie maternelle, des infections urinaires plus fréquentes, » tous facteurs « qui retentissent sur l'évolution de la grossesse et l'état de l'enfant à naître. »

« Les violences physiques en elles-mêmes peuvent entraîner des avortements "spontanés" (c'est le terme médical, mais il nous semble plutôt inapproprié ici), des ruptures prématurées des membranes suivies d'accouchements prématurés, des décollements du placenta suivis de souffrance et de mort fœtale, des hémorragies voire des ruptures utérines.

Elles peuvent aboutir à la mort maternelle par homicide, ou à des complications au cours de la grossesse... »

Outre les souffrances provoquées chez l'enfant par celles qui sont infligées à la mère, « l'enfant à naître est lui-même directement touché par les violences : mort *in utero*, retard de croissance *in utero* » et plus rarement, mais existant tout de même, des lésions atteignant directement l'enfant à travers le corps maternel et le liquide amniotique : « fractures des membres ou plaies par arme blanche ».

A la naissance du bébé, le risque est grand que les parents aux prises avec leur conflit conjugal, « oublient » et prennent peu ou pas en compte les besoins élémentaires (d'être nourri, changé, câliné...) de leur enfant. Ce dernier va alors se manifester par des comportements signaux innés (cris, pleurs) afin d'interpeller ses parents, espérant ainsi obtenir de la proximité physique et la satisfaction de ses besoins. Le nourrisson fera l'expérience de la réponse qui tarde à venir, qui ne correspond pas à ses besoins, qui ne vient jamais, ou encore, qui varie en fonction des événements violents ou non. Progressivement, il va intégrer qu'il est inutile de se manifester et modifiera son comportement. On pourrait associer cette phase, en nous référant aux observations du petit John par James Robertson qui travaillait pour Bowlby (cf. Pierrehumbert, 2003), à celle du désespoir ou phase de réaction passive : « Les comportements signaux ont été mis en échec et l'enfant, durant cette phase, perd tout intérêt pour son environnement, manifeste des troubles végétatifs, refuse de s'alimenter. » L'enfant commence à moins demander. Il se limite au peu qu'il lui est donné, anesthésie ses besoins. Son corps se contente de ce qu'il a.

Le nourrisson ne bouge presque pas, fait peu de bruit, prend le minimum de place. Il apprend à grandir tout seul. Durant cette période, il ne fait pas l'expérience que l'autre peut être présent, prévenant, aimant et aidant. Il risque alors d'entrer dans la phase de détachement identifiée par Robertson et Bowlby (*cf. ibid.*) : « l'enfant réprime maintenant les comportements visant à rétablir la proximité du parent, et qui ont été mis en échec ; il se peut qu'il reprenne un peu de vitalité, parfois semble avoir "donné le tour", mais ceci au prix d'une indifférence affective, comme s'il avait constaté que ce n'est pas des autres qu'il fallait attendre un réconfort. » Le nourrisson va se replier sur lui, devenir très sage, effacé. Il se résigne, se fait oublier. Il va être oublié. Emergent ainsi les premières négligences.

L'enfant peut également continuer à manifester le manque de soins par des pleurs et des cris. Les parents, trop mobilisés par leur conflit, le soignent mal. Alors, le nourrisson pleure encore plus, développe des troubles du sommeil (réveils nocturnes), de l'alimentation et ils se sentent découragés, disqualifiés par ce bébé qui ne se montre pas satisfait de leurs soins, qu'ils ne comprennent pas, qui ne correspond pas à l'enfant rêvé. Les premières maltraitances apparaissent. Le nourrisson en recherche d'attention et de relation, comprend qu'on s'intéresse à lui par leur biais ; il les « lit » comme des marques d'attention à sa présence, à sa personne. Il enregistre donc, puis cherche à ce que ce processus relationnel se reproduise. Ce faisant, il atteint deux objectifs, ce qui l'encourage à « persévérer » dans le renforcement du processus : il reçoit « des marques » d'attention et il contribue à décharger un peu les tensions conjugales en les détournant sur lui. Pour peu que les deux parents se liquent contre lui dans cette démarche punitive, même violente, il aura de plus, rempli la mission de les réconcilier momentanément à ses dépens ; ou alors, il pourra être l'objet de la compétition pour être « le meilleur parent », et chacun s'efforcera de le « corriger » ou de laisser livré à lui-même, l'objectif étant alors de pouvoir dire à l'autre : « Quand il est avec moi, il n'y a aucun problème... ».

Les auteurs du rapport Henrion décrivent les modes d'implication classique des enfants dans les violences conjugales. Ils signalent que « dans 10 % des cas recensés, les violences s'exercent aussi sur les enfants ». Et plus loin : « le risque pour les enfants de mères violentées d'être eux-mêmes victimes serait de 6 à 15 fois plus élevé ». Le rapport décrit précisément les impacts des violences conjugales sur la santé des enfants. « Ils peuvent souffrir :

- de lésions traumatiques : blessures accidentelles... ou intentionnelles de la part d'un de ses deux parents. Les blessures peuvent être de tous types et de localisations différentes.

- de troubles psychologiques : troubles du sommeil, cauchemars ; troubles de l'alimentation ; anxiété, angoisse ; état dépressif ; syndrome post-traumatique.
- de troubles du comportement et de la conduite. Le climat de violence qui règne à la maison et la terreur engendrée par cette violence déséquilibrent l'enfant et peuvent provoquer en lui désintérêt et désinvestissement scolaire, agressivité et violence, fugues et délinquance, conduites addictives et toxicomanies, idées suicidaires et tentatives de suicide, suicide.
- de troubles psychosomatiques. Le manque de soins ou le traumatisme psychologique engendré par les violences entraînent des troubles sphinctériens à type d'énurésie, des retards staturo-pondéraux, des troubles de l'audition et du langage, des infections respiratoires à répétition. »

Enfin, ces enfants sont susceptibles de reproduire les actes de violences comme moyen de résoudre les conflits, soit actuellement, soit plus tard dans une vie de couple.

Comment accompagner les enfants ?

L'accompagnement que nous avons mis en place pour les enfants victimes de violences conjugales dépend du contexte dans lequel nous intervenons : soit un Centre de Consultations Familiales, soit un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) qui ne reçoit que femmes et enfants.

La femme qui arrive au CHRS a posé un acte important à l'égard d'elle-même, de son compagnon et de son ou ses enfant(s) : elle a quitté le domicile conjugal. Elle envoie un message à tous les membres de la famille : « je n'accepte plus les comportements de violence, je veux que ces comportements cessent, je te quitte, je me protège et je protège les enfants ».

Les enfants ne sont pas toujours préparés à cette échéance. Parfois, leur mère en a gardé le secret de peur qu'ils ne la trahissent auprès de son agresseur, leur père. Dans certains cas, la décision s'est prise dans l'urgence, sans que des mots soient mis sur la situation, sans qu'aucune explication ne vienne donner du sens à ce qui se vit. Comme nous l'avons dit, les enfants se créent alors eux-mêmes du sens. Lorsque l'enfant est devenu le confident de la mère, il arrive qu'il soit au courant des projets de départ. Il partage alors le secret avec elle, ce qui renforce sa position privilégiée auprès de celle-ci, tout en l'éloignant de sa fratrie.

Pour l'enfant, la décision de sa mère de partir est synonyme de ruptures et de pertes : rupture avec son père qu'il ne voit plus, et dont il ignore à son

arrivée dans l'établissement s'il le reverra, quand et comment ; ruptures avec ses camarades de classe, son enseignant, les copains du quartier, de l'immeuble... , souvent sans avoir eu le temps de dire au revoir, de récupérer les affaires scolaires. Le départ implique aussi les pertes : il a dû abandonner la plupart du temps ses jouets, ses petits « trésors » bien cachés, ses vêtements, ceux qu'il aimait porter, sa chambre, sa maison... en d'autres termes, tous ses repères. Au moment de son arrivée dans le centre, il a perdu aussi l'espoir qu'entre papa et maman, tout va s'arranger et qu'il n'y aura plus de violences. L'enfant se trouve propulsé dans un lieu inconnu où les règles ne correspondent plus à celles de la maison, avec des personnes étrangères. Le seul repère stable reste sa mère, celle qui a pourtant déstabilisé la situation établie et connue.

Cette rupture brutale de contexte et d'équilibre s'accompagne d'une nécessaire capacité d'adaptation à la vie en communauté, avec d'autres femmes et enfants que les mêmes raisons ont conduits en ce lieu. Certains enfants sont soulagés de constater qu'ils ne sont pas seuls à vivre ces événements douloureux. D'autres, en revanche, ressentent de la honte, sentiment partagé par nombre de personnes victimes et/ou auteurs de violences.

Suivi ambulatoire de la famille

Au Centre de consultations psychologiques La Durance, le contexte est totalement différent : le couple n'est pas séparé, les violences s'exercent encore ; soit Madame hésite à partir, elle veut que les comportements violents cessent mais ne souhaite pas perdre son compagnon ; soit elle vient de quitter le domicile avec ses enfants et est hébergée avec eux chez une amie dans l'urgence, mais elle pense retourner vivre avec Monsieur ou, au contraire, elle est décidée à aller jusqu'au bout... L'accompagnement des individus, couples, familles et donc des enfants doit tenir compte du contexte singulier au moment où nous sommes sollicités. En fonction d'éléments à la fois contextuels et personnels tels qu'ils nous sont fournis par la personne – soit Madame, soit Monsieur – lors du premier contact téléphonique, nous orientons notre travail thérapeutique vers un traitement individuel de l'un ou de l'autre, ou vers des entretiens de couple avant d'arriver éventuellement à un travail familial. Néanmoins, quelles que soient les personnes que nous rencontrons, il nous paraît fondamental de leur annoncer d'emblée que les consultations sont soumises au secret professionnel à l'exception des situations de maltraitance à enfant : la loi nous oblige alors à informer les autorités compétentes. Nous sommes donc amenés à apprécier le degré d'implication et de souffrance des enfants, et à signaler à la justice les situations qui relèveraient prioritairement de sa compétence.

Rappelons simplement ici que le traitement optimal des situations de violences relève à la fois de l'application de la loi ET du traitement de la relation et des affects (Silvestre, 1997).

Il y a quelques années, nous avons mis en place un « point écoute ». Il avait pour objectif de permettre à des hommes et à des femmes confrontés à des situations de violence ou en situation de crise aiguë, de trouver un lieu, un temps et un professionnel prêt à les écouter, à les aider, à les orienter. Les personnes, auteurs ou victimes, pouvaient téléphoner ou venir tous les jours sans avoir pris rendez-vous, dans un cadre horaire connu des partenaires institutionnels (centre d'hébergement d'urgence, médecins, travailleurs sociaux, commissariat de police...)

Lors d'une permanence, Madame Z se présenta avec ses quatre enfants. Elle venait de quitter son logement à la suite du dernier épisode de violences. Elle était actuellement hébergée chez une amie. Le contexte de crise que traversait cette famille – épisode récent de violences, départ précipité, hébergement précaire, déscolarisation des enfants – nous fit prendre l'option de recevoir l'ensemble des personnes présentes. Madame évoqua les violences physiques récurrentes. Si la présence des enfants ne nous autorisait pas à investiguer plus avant les différentes formes de violence subies, elle nous permit cependant d'explorer où ils étaient lorsque leur père agressait leur mère, comment chacun réagissait, d'évaluer s'il y avait eu passages à l'acte sur l'un ou l'autre d'entre eux, s'ils avaient été spectateurs victimes, victimes physiquement, acteurs...

Les enfants expliquèrent qu'ils n'étaient jamais présents lorsque papa tapait maman. Les violences s'exerçaient toujours lorsqu'ils étaient à l'école ou au centre aéré, à l'extérieur du domicile. Ils n'ont jamais rien vu. Mais en rentrant de l'école, ils savaient immédiatement ce qui s'était passé pendant leur absence. « Si maman a les yeux rouges, si elle reste dans sa chambre enfermée, si à table elle ne parle plus et elle baisse tout le temps la tête ». L'un d'entre eux dira textuellement : « Tu sais, c'est comme si elle est là, mais elle était pas là. Alors on sait que papa l'a battue. » Les questions concernant des éventuels passages à l'acte du père sur les enfants, se solderont par les révélations du benjamin, âgé de 3 ans, qui expliqua que son père avait voulu étrangler son frère aîné et qu'il en avait encore les marques. La confirmation de la mère et les traces non équivoques sur le cou orientèrent notre travail de manière différente. La protection des enfants devint alors le premier objectif.

Nous avons longuement développé ailleurs (Christen *et al.*, 2004) la première étape du travail thérapeutique au Centre de consultations. Elle a pour

objectif premier l'arrêt des manifestations violentes au sein du couple. Il est donc nécessaire que le thérapeute prenne du temps pour évaluer de manière précise les différentes formes de violences existant au sein du couple : physiques, verbales, psychologiques, sexuelles, etc. La plupart du temps, les enfants ne sont pas inclus dans cette phase initiale de travail car une telle investigation minutieuse ne peut avoir lieu en leur présence. Rencontrer le couple sans les enfants permet aussi de commencer à clarifier les frontières des différents sous-systèmes. Nous marquons ainsi les frontières trans-générationnelles. Au cours de cette première étape, nous identifierons également les configurations transactionnelles. Ces informations nous permettront de comprendre l'enchaînement des comportements, des actions et rétroactions et de clarifier le rôle et la place des enfants dans le « jeu » familial.

Suivi en centre d'hébergement

Le premier temps d'un accompagnement en Centre d'hébergement est centré sur l'accueil. La première rencontre permet d'apprendre à se connaître, à dire « bonjour » aux différents membres de la famille, à la mère comme aux enfants dans « l'ici et maintenant », de les accueillir tels qu'ils sont aujourd'hui, avant de se confronter au passé douloureux. Accueillir, c'est faire un mouvement vers l'autre, c'est « aller vers » lui pour apprendre à le découvrir, à le connaître avec ses richesses, avec son histoire quelle qu'elle soit.

Ce premier temps est une période « d'apprivoisement » où chacun va se découvrir individuellement, dans sa relation à l'autre – fratrie, parent, intervenant – et au sein du groupe. Chaque membre de la famille va pouvoir, s'il le souhaite, exprimer ce qu'il vit là, maintenant, ce qu'il ressent depuis son arrivée, ce qu'il aime ou n'aime pas dans ce nouvel endroit. On écouterà ce qu'il a laissé et qu'il aurait voulu prendre avec lui, mais aussi ce qu'il a emporté d'important. On abordera également ce que chacun a compris de cette arrivée dans le Centre, le sens qu'il construit, et ce qu'il projette pour la suite.

Le traitement du traumatisme

Les violences conjugales sont des événements traumatiques dans la mesure où il y a effraction dans l'appareil psychique. Ce qui caractérise le traumatisme à l'inverse du stress, c'est l'impossibilité de penser, d'agir et de réagir sur un plan individuel, et au niveau du groupe, l'altération des liens familiaux et sociaux qui s'en suit. Confrontés à un événement traumatique (accident, deuil...), les membres de la famille vont réagir d'une façon qui influencera à moyen et à long terme la capacité de « récupération » de chacun. Si la plupart

du temps, la famille constitue le milieu naturel qui aidera, consolera et prendra en compte la souffrance de ses membres, c'est aussi un milieu qui peut être le plus atteint par une situation traumatisante. Les expériences particulièrement douloureuses auront des répercussions sur l'ensemble du groupe et sur chacun, en fonction de sa place et de son rôle au moment des événements.

Dans le cas des violences conjugales, l'enfant est soumis à des événements traumatiques de manière récurrente et c'est la répétition des faits qui construit le traumatisme. Les enfants vivent alors des émotions intenses mêlées : l'angoisse, la peur, la haine, l'envie de tuer, la peur de voir mourir sous les coups le parent aimé. Progressivement vont se développer les séquelles psychologiques déjà évoquées ci-dessus.

« Le débriefing familial » relève à la fois des caractéristiques du « débriefing individuel » et du « débriefing collectif » dans le souci de tenir compte de la souffrance intime de chacun et du partage nécessaire de l'expérience (De Clercq & Lebigot, 2001). Ce temps de débriefing a pour objectif d'inviter chaque membre du système à verbaliser devant les autres son expérience de l'événement. Ce travail s'effectue la plupart du temps en présence de Madame et de ses enfants. Un moment est consacré à la narration de ce qui s'est vécu pour chacun, ce qu'il a fait, comment il a réagi au moment des faits et dans les suites immédiates ; ce temps permet essentiellement le partage des ressentis. On favorise ainsi la connaissance et la reconnaissance par tous de la souffrance individuelle. Viennent parfois s'entremêler émotions, cognitions et images. L'enfant confronte ses sentiments, sensations, et émotions à ceux des autres membres de la famille. Il découvre qu'il n'est pas le seul à avoir eu peur, envie de pleurer, de crier, qu'il n'est pas le seul à avoir eu des pensées négatives et violentes vis-à-vis de l'agresseur : « J'avais envie de le tuer, qu'il meure ». Lors de ces échanges, des expressions non verbales peuvent également émerger : des caresses, des câlins, des étreintes, des pleurs, des rapprochements physiques montrant que les corps sont encore capables de donner et recevoir du bon, malgré les blessures de tous ordres. Ce partage favorise les manifestations d'empathie au sein du groupe familial. Il s'agit de la capacité, tout en éprouvant sa propre souffrance, à reconnaître la souffrance et l'individualité émotionnelle de l'autre à travers des sentiments aussi inconfortables et variés que la culpabilité, l'impuissance, la honte, l'effroi, et l'hostilité, susceptibles d'être en même temps ressentis par soi-même. (Delage, 2000, 2002).

C'est aussi l'occasion d'aider la mère à remettre des rituels dans la vie quotidienne des enfants. Les événements traumatiques ont pour conséquences une désorganisation de la quotidienneté, une perturbation profonde des rythmes et des rituels familiaux quotidiens ; la façon dont on partage les repas, le

coucher, le lever, tout ce qui fait le quotidien et qui permet aux enfants d'anticiper ce qui va se passer et donc de se sentir en sécurité.

Madame C vit au Centre d'Hébergement depuis quelques mois, avec ses trois enfants : François (10 ans), Alain (8 ans) et Sophie (2 ans 1/2). Depuis son arrivée, pour éviter tout risque de rencontrer son mari, elle ne sort pas, ne se rend plus en ville où vivent sa sœur cadette et quelques amis qui l'ont soutenue au moment de son départ. Elle a quitté son mari à la suite de violences conjugales graves aussi bien psychologiques (dévalorisation, humiliation, etc.) que verbales (insultes) et physiques apparues dès le début de leur union. Monsieur C n'a jamais eu de comportements physiquement violents à l'égard des enfants. Au cours d'un week-end, à la demande de sa sœur – celle-ci a besoin d'aide pour préparer l'arrivée de son bébé –, Madame C accepte de se rendre en ville avec ses trois enfants. Elle a beaucoup réfléchi aux risques, a anticipé avec son éducateur référent et moi-même comment réagir si elle se trouve confrontée à son mari... Les enfants sont, quant à eux, très heureux de quitter pour deux jours le Centre, et de revoir leur tante et leur oncle.

Alors que Madame C est en compagnie de sa sœur, de son beau-frère et de deux des enfants, le troisième joue dans le parc aux pieds de l'immeuble ; le père des enfants, informé de la venue de sa femme et des enfants, se rend chez sa belle-sœur et demande à son fils qui joue d'aller chercher sa mère. Celui-ci refuse dans un premier temps, prétextant le jeu, puis cède devant l'insistance et les menaces de son père. Beaucoup de confusion règne dans l'appartement : la sœur de Madame C pense qu'il ne faut pas qu'elle descende, craignant un passage à l'acte. Madame C craint que son mari ne monte et s'en prenne aussi à sa sœur dont l'accouchement est imminent. Le beau-frère pense qu'il serait préférable qu'elle descende pour s'expliquer et lui propose de l'accompagner. Les enfants ont également des avis partagés ; celui qui a été en contact avec le père dit à sa mère de ne pas descendre, l'aîné pense que si son oncle est présent, son père n'agressera pas sa mère.

Madame descend, les enfants la suivent. Monsieur veut qu'elle réintègre le domicile conjugal, la menace, puis sort une arme blanche. Les altercations deviennent violentes, des coups s'échangent entre les deux hommes. Les voisins interviendront pour stopper Monsieur C. Madame aura un malaise. Les enfants voient leur mère s'effondrer.

La semaine suivante, toute la famille est encore sous le choc. Ils n'ont pas reparlé ensemble de ces événements car il leur semble impossible de les mettre en mots. On peut faire l'hypothèse que chacun s'enferme dans le silence pour éviter d'être à nouveau soumis à l'événement traumatique, et protège les

autres, craignant des souffrances supplémentaires. Ne pas parler pour ne pas faire de mal, ne pas se parler pour ne pas se faire du mal. Le temps s'est comme arrêté.

L'objectif de la séance sera d'une part, de les aider à mettre en pensée le drame (remettre en marche la pensée sidérée) et d'autre part, d'évaluer le niveau de fonctionnalité de la famille depuis l'événement.

Madame C éprouve beaucoup de culpabilité à l'égard de sa sœur. En effet, suite à cet épisode, cette dernière a été hospitalisée, les médecins ayant des craintes pour l'enfant à naître. Elle se sent très mal vis-à-vis de ses enfants, responsable de ne pas les avoir protégés. Elle s'en veut, se fait des reproches. Les deux garçons vivent également de la culpabilité envers leur mère ; le premier se considère responsable de ce qui s'est passé – c'est lui qui, obéissant à son père, est allé la chercher –, le second de l'avoir encouragée à descendre. Les enfants restent particulièrement marqués par la vue du couteau et de leur mère effondrée sur le sol. Au cours de cette séance, l'intervenante s'attache à aider chacun à verbaliser les émotions et les pensées qui l'ont envahi. Elle essaie de mettre en mots ce qu'elle imagine que chacun éprouve, ce qu'elle pense comprendre de leurs ressentis et les leur restitue.

Le thérapeute doit s'attacher à comprendre ce que chacun vit et ressent. Il favorise les contacts physiques entre cette femme et ses enfants et recherche avec eux les compétences activées « Se sont-ils entraînés ? Comment ? ». Madame C explique que les deux garçons se sont occupés de leur petite sœur ; elle les trouve plus attentifs envers elle et entre eux. Nous les aidons à reconnaître, valoriser et renforcer les aspects positifs. Nous clôturons cette première séance sur l'exploration du réseau de soutien : « Qui sont les personnes qui vont pouvoir les aider ? À qui chacun peut-il faire appel ? »

Les groupes de parole

A l'image des groupes de parole mis en place pour leurs mères, les enfants du CHRS bénéficient également de groupes de parole. Ils sont répartis en fonction de leur âge en trois groupes. L'animation est assurée par une psychologue (M.J. Zadro) et par une éducatrice d'enfants. De structure non directive, sans contenu planifié à l'avance, le groupe favorise l'émergence spontanée d'un matériel mettant en scène le vécu, le questionnement et la dynamique de l'enfant ici et maintenant : la manière dont il se comporte constitue une source d'information pertinente sur sa façon d'être en relation, de prendre sa place, de s'affirmer et de réagir face à un désaccord, à la confrontation et à la frustration.

Le groupe est également un espace privilégié dont l'objectif est de « relier ». Les enfants vont y faire de nouvelles expériences, y découvrir de la solidarité, et l'entraide, vivre des désaccords sans utiliser des comportements violents à l'égard de l'autre. Ils vont trouver un nouvel étayage, un espace, un temps pour pouvoir nommer certaines choses avec moins de honte ou de peur. C'est l'expérience commune que le groupe partage qui va permettre à chacun, dans un cadre contenant, de mettre en mots son expérience propre, de donner du sens à son vécu sans se sentir anéanti. Dans l'un de ces groupes, par exemple, un enfant s'interrogeait : « Où irons-nous s'il arrive quelque chose à maman ? ».

La structure ouverte du groupe permet à tout enfant arrivant dans l'établissement d'y entrer à n'importe quel moment. Il peut ainsi se retrouver avec des enfants prêts à quitter l'institution, qui sont hébergés avec leur mère depuis des mois, et avec d'autres comme eux, arrivés plus récemment. Ce contexte permet de partager l'expérience de ces différentes étapes.

En début de séance, chaque enfant vient écrire son prénom sur une feuille accrochée au mur pour signifier sa présence au sein du groupe. Ce rituel a comme objectif de l'inscrire dans le groupe et de le séparer momentanément du noyau familial pour prendre sa place parmi ses pairs. Se différencier, s'individualiser, se sentir exister pleinement par rapport aux autres, commence par la nomination. Lorsqu'un nouvel enfant intègre le groupe, les règles de fonctionnement sont énoncées.

Dans un second temps, à partir de tableaux représentant des petits visages schématiques exprimant différents états émotionnels telles la joie, la tristesse, la peur, la colère et l'impassibilité, chacun précise dans « l'ici et maintenant » ses ressentis. Les enfants sont invités à parler au groupe des raisons qui ont guidé leur choix. La fonction des animateurs est de permettre la circulation de la parole entre eux, d'aider à ce que l'expression des affects et des émotions ne déborde pas l'enfant ni le groupe, mais favorise au contraire la mise en synergie des potentialités et ressources.

Travail auprès de jeunes mères

L'accompagnement de jeunes mères qui ont vécu des violences conjugales durant leur grossesse et dont l'enfant vient de naître, nécessite un travail en collaboration très étroite avec d'autres professionnels (auxiliaire de puériculture, puéricultrice, pédiatre...). Les objectifs de cet accompagnement sont multiples : rassurer la mère sur la bonne santé de son nourrisson et l'aider, si

nécessaire, à développer des gestes nécessaires aux soins de l'enfant (bain, change, allaitement...). Lorsque l'équipe médicale est préoccupée par une difficulté relationnelle décelée entre une mère et son enfant, elle interpelle le service psychologique de l'institution. Avant d'aborder des questions liées à l'histoire familiale de cette jeune femme, à son vécu traumatique avec son compagnon ou encore au modèle qui a guidé son éducation, nous avons souvent proposé préalablement à la mère d'observer son enfant : au moyen d'un questionnaire construit sur la base du test Q.SORT d'attachement (Pierrehumbert *et al.*, 1995), nous demandons aux mamans d'observer et noter les comportements, attitudes et réactions de leur enfant, seul, en relation avec elle (au moment de la toilette, d'un change, d'un repas, d'un jeu), ou encore en interaction avec des personnes étrangères (présence d'une autre résidente, d'un professionnel...), et de ramener leurs notes à la prochaine séance. Cette tâche a pour intérêt premier de placer la mère en état de vigilance et d'observation vis-à-vis de son bébé, sans qu'elle se sente en situation d'échec ou de contrôle. Les observations rapportées favorisent des échanges sur les compétences du bébé identifiées par la mère et sur leurs interactions. Elles permettent également de l'encourager et de la féliciter de ses propres réponses, attitudes ou réactions.

Le travail en centre de consultations familiales

Nous avons décrit plus haut la manière dont les enfants participent au fonctionnement violent de leurs parents, victimes, alliés, otages, triangulés par l'un ou l'autre des parents ou les deux dans la quasi totalité des situations. Il est alors important de travailler sur la structure familiale telle que l'envisage Salvador Minuchin (1979). Il s'agit de rétablir les frontières intergénérationnelles entre parents et enfants, de désengager ses derniers des coalitions dans lesquelles ils se trouvent pris, de clarifier les rôles de chacun, de permettre de nouvelles relations entre sous-systèmes (parental/fratrie) et au sein du même sous-système (fratrie) afin d'éviter toute reproduction de configurations violentes.

La tâche thérapeutique consiste à re-positionner l'enfant dans le sous-système fraternel en le dégageant du sous-système conjugal, tout en étayant le parent resté seul. Il est donc nécessaire d'intervenir à deux niveaux : celui du parent et celui des enfants. Travailler uniquement avec l'enfant afin de le désengager sans offrir d'aide à sa mère serait voué à l'échec. Il est peu probable d'ailleurs qu'il accepte de la « lâcher », la sentant seule, désarmée et perdue.

Lorsqu'il lui est impossible de renforcer les frontières du sous-système conjugal (décision de rupture, violences encore actives...), le thérapeute peut

s'utiliser lui-même comme soutien. Devant la mère, il remercie l'enfant de l'aide qu'il lui a apportée durant ces années, l'invite à se reposer et à penser à lui ; il lui propose de prendre le relais de l'aide dont sa mère a besoin. Des rencontres avec les enfants seuls alternent avec des séances individuelles pour la mère ainsi que des séances familiales. En recevant la mère en l'absence des enfants, le thérapeute commence à marquer les frontières. Lorsqu'il rencontre le sous-système fraternel, l'intervenant tente de renforcer les échanges entre frères et sœurs, de mettre en place un système de coopération, de collaboration, d'entraide et d'échange, par le biais de jeux et de prescriptions.

Nicolas (14 ans) et Jean (8 ans) vivent avec leur mère qui est séparée de leur père depuis 5 ans. La vie conjugale a été émaillée de violences graves, et Nicolas est intervenu en appelant la police, sauvant ainsi la vie de sa mère et provoquant du même coup la rupture définitive du couple. La relation conjugale se poursuit à coups de procédures et contre-procédures devant les tribunaux. Les enfants ont refusé pendant deux ans de rencontrer leur père qui nie tout ce dont on l'accuse. Une décision de justice les y ayant contraints par la suite, ils ne s'y plient que pour éviter une hypothétique peine de détention pour leur mère.

Les rencontres avec le psychologue ont ici un caractère d'obligation, d'aide contrainte, et se déroulent dans le contexte d'une mesure d'Action Éducative en Milieu Ouvert (AEMO). Compte tenu des circonstances, il n'est pas question de proposer des rendez-vous communs aux parents. Nous avons commencé par rencontrer le père qui s'est présenté comme la victime des agissements de son ex-épouse qui manipulerait les enfants contre lui. Il n'attend rien de notre intervention : seule la force de la loi lui rendra justice. La mère, de son côté, s'identifie fortement aux enfants et craint pour leur sécurité auprès d'un père capable d'actes violents.

Deux choses nous interpellent lors de la première rencontre avec les enfants : tout d'abord, l'extrême similitude des attitudes et des comportements relationnels du père et du fils aîné. Le contenu du discours de Nicolas le montre tenace et surtout très au fait de tous les textes, lois et décisions judiciaires sur lesquels repose la relation actuelle entre ses parents. Il est capable de citer sans erreur des paragraphes entiers de jugements rendus condamnant son père. La forme de son expression verbale fait du garçon la copie conforme de son père, mais, vu la différence d'âge, il apparaît comme un jeune vieillard sentencieux, pathétique, frisant le ridicule. Nous apprendrons que cette attitude entraîne le rejet par ses pairs auxquels il prétend faire la leçon en permanence : il se montre incapable de contextualiser son discours et ses modes relationnels,

il reste désespérément seul, protecteur auto-missionné de sa mère et de son petit frère qui l'admire et cherche à l'imiter.

Une seconde chose qui nous frappe : l'attitude des deux parents à son égard. La mère se laisse « protéger » tout en s'en défendant. Le père prétend dédouaner son fils (« Je sais que ce n'est pas toi qui penses ce que tu me dis... »), ce qui a pour effet de mettre Nicolas en symétrie (« Il semble que tu me prennes encore pour un enfant ! [sic] »).

Devant une configuration de ce type, notre travail suivra deux pistes : d'abord, il faudra rassurer chacun des protagonistes sur le fait que nous serons bien incapables de mettre à mal la solution d'équilibre actuelle ; en effet, elle garantit la nécessaire séparation conjugale tout en maintenant très fort le lien familial. Pour ce faire, nous recevrons chaque parent séparément, les enfants ensemble, chaque parent avec les enfants, et nous leur démontrerons qu'il sont plus forts que nous puisque rien n'atténue l'ardeur procédurière des adultes et de Nicolas. Ensuite, nous introduirons l'idée que, même dans un tel contexte, les parents doivent différencier ce qui, dans les attitudes de Nicolas, tient à la situation, de ce qui est lié à l'adolescence : imitation des attitudes paternelles, contestation systématique de l'autorité, recherche d'une certaine solitude, etc. Pour cela, nous utiliserons le même dispositif en orientant la conversation, par petites touches successives, sur ce thème éducatif.

Conclusion

Face au nombre de familles touchées par les violences conjugales, où des situations de négligence et de maltraitance risquent d'émerger, et où les enfants apprennent très tôt un mode de résolution des conflits basés sur la violence, il nous semble indispensable d'être attentifs très tôt aux enfants, aux parents, et aux interactions conjugales, parentales, familiales, sociales, afin de réduire les risques de souffrances corporelles et psychiques. Un accompagnement précoce multipartenarial, en collaboration avec d'autres professionnels de santé (gynécologues, sages-femmes, puéricultrices...), permettrait d'identifier les situations à risque et d'en limiter l'impact. L'élargissement du champ d'observation des violences à leurs aspects sociétaux, économiques, politiques d'une part, une Attitude Authentiquement Affective (Tomkiewicz, cité par Guelamine, 2003) d'autre part, devraient aider à l'établissement des conditions que Morin (2005) considère comme indispensables à une communication sans violences : la reconnaissance de l'égalité de tous en droit et en dignité, la compréhension de la complexité de l'autre, la recherche d'un méta

point de vue dans tout désaccord, et l'établissement d'un lien indiscutable entre unité et diversité.

Malheureusement, dans le contexte mondial incertain d'aujourd'hui, dans un contexte politique national qui réduit l'action sociale à la portion congrue au profit de structures répressives électoralement rentables et soumis au lobbying des industries pharmaceutiques, on voit se dessiner de plus en plus en France, un seul et unique type de réponse « préventive » (mais peut-on encore parler de prévention ?) : après un dépistage précoce des troubles du comportements, la désignation d'enfants déviants à l'aide de diagnostics psycho-pathologiques, la rééducation des comportements individuels, et la prescription de molécules chimiques. Il est à craindre que le mieux-être des enfants victimes et de leurs familles ne soit pas la motivation qui préside réellement à de telles préconisations « scientifiques ».

Références

- BARUDY J. (1997): *La douleur invisible de l'enfant. Approche écosystémique de la maltraitance*. Érès, Toulouse.
- BARUDY J. (1994): Société, violence, famille. L'approche systémique de la maltraitance des enfants. Aspects cliniques et thérapeutiques. *Recueil d'articles, SOS enfants familles*, Bruxelles.
- BOWLBY J. (1944): Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *International Journal of Psycho-analysis* 25: 19-52.
- BOWLBY J. (1958): The nature of the child tie to his mother. *International Journal of Psycho-analysis* 39: 350-378.
- BOWLBY J. (1980): *Attachment and loss: separation* (vol. II) Guilford Press, New-York.
- CHRISTEN M. (1998): De la participation des victimes à leur victimisation. *Thérapie familiale* 18(2): 99-121, Genève.
- CHRISTEN M., HEIM C., SILVESTRE M. & VASSELIER-NOVELLI C. (2004): *Vivre sans violences ? dans les couples, les institutions, les écoles*. Érès, Ramonville Saint Agne.
- CIRILLO S. & DI BLASIO P. (1992): *La famille maltraitante*. ESF, Paris.
- CRIVILLE A. (2004): Violence conjugale et maltraitance infantile. *Enfance Majuscule* 75: 9-27.
- CROCQ L. (1999): *Les traumatismes psychiques de guerre*. Odile Jacob, Paris.
- DE CLERCQ M. & LEBIGOT F., (dir.) (2001): *Les traumatismes psychiques*. Masson, Paris.
- DELAGE M. (2000): Traitement familial du traumatisme psychique. *Thérapie familiale* 21(3): 273-287, Genève.
- DELAGE M. (2002): Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques. *Thérapie familiale* 23(3): 269-287, Genève.

- GUELAMINE F. (2003): L'Attitude Authentiquement Affective. *Enfance Majuscule*, n° spécial 68-69 en hommage à Stanislas TOMKIEWICZ, p. 48.
- HARLOW H. (1958): The nature of love. *American Psychologist* 13: 673-685.
- HENRION R. (2001): Rapport au Ministre chargé de la santé, réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le Professeur . A consulter ou télécharger sur le site : www.sivic.org
- KARLI P. (2002): *Les racines de la violence. Réflexions d'un neurobiologiste*. Odile Jacob, Paris.
- KARLI P. (2006): *Les origines multiples des comportements violents*. Conférence à Molsheim, France, le 6 janvier.
- LEBOVICI S., MAZET P. & VISIER J.P., (1989): L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Eshel - Médecine et hygiène, Paris, Genève.
- MASLOW A. (1943): A Theory of Human Motivation. *Psychological Review* 50(4): 370-396.
- MASSON O. (2005): Communication au colloque de l'A.E.R.T.S., Giens.
- MILLER A. (1983): *C'est pour ton bien. Racines de la violence dans l'éducation de l'enfant*. Aubier, Paris.
- MINUCHIN S. (1979): *Famille en thérapie*. Delarge, Paris.
- MORIN E. (2005): Le dialogue des cultures. In: *Le Monde des Religions*, janvier 2005, n°9.
- PARSONS (1999) In: HENRION R. (2001): Rapport au Ministre chargé de la santé, réalisé par un groupe d'experts réuni sous la présidence de Monsieur le Professeur . A consulter ou télécharger sur le site : www.sivic.org
- PIERREHUMBERT B. (2003): *Le premier lien. Théorie de l'attachement*. Odile Jacob, Paris.
- PIERREHUMBERT B., MUHLEMENN I., ANTONIETTI J.-P., SIEYE A. & HALFON O. (1995): Etude de validation d'une version francophone du "Q-Sort" d'attachement de Water et Deane. *Enfance*, vol. 47(3): 277-291. PUF, Paris.
- SELYE H. (1956): *The stress of life*. Mac Graw Hill, New York.
- SELYE H. (1974): *Stress without distress*. Hodder et Stranghton, Londres.
- SILVESTRE M., HEIM, C. & CHRISTEN M. (1995): Couple et violence. *Thérapie Familiale* 16(3): 293-302, Genève.
- SILVESTRE M. (1997): Application de la Loi et ses conséquences dans les situations de violences intra-familiales. *Thérapie Familiale* 18(3): 265-271, Genève.
- SILVESTRE M., HEIM C. & CHRISTEN M. (1999): Du traitement de la violence conjugale. *Thérapie Familiale* 20(4):403-424, Genève.
- SOULE M. (1992): *Introduction à la psychiatrie fœtale*. ESF, Paris.
- SPITZ R. (1947): *Absence maternelle et traumatisme de l'enfance*, document audiovisuel. Psychoanalytic Institute, New-York.
- ZZAZZO R., ANZIEU D., BOWLBY J., CHAUVIN R., DUYCKAERTS F., HARLOW H.F.H., KOUPEJNIK C., LEBOVICI S., LORENZ K., MALRIEU P., SPITZ R.A. & WILDOCHER D. (1979): Textes de base en psychologie. In: *L'attachement*. Delachaux et Niestlé, Paris.