



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

PARENTALITÉ ET VIOLENCES CONJUGALES.

Quelle parentalité lorsqu'il existe des violences dans le couple ?

Présentée et soutenue publiquement le 22 septembre à 16h
au Pôle recherche
Par CARIOU Aurélia

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Professeur Vincent DODIN

Monsieur le Docteur Éric SALOMÉ

Directeur de Thèse :

Monsieur Docteur Éric SALOMÉ

AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SIGLES	11
INTRODUCTION	12
I. LE COUPLE	15
1) Définition	15
2) Évolution sociétale	16
3) Perspectives psychodynamiques	21
3.1- Choix du partenaire.....	21
3.2- Histoire et évolution du couple.....	25
3.2.1- « <i>Lune de miel</i> ».....	25
3.2.2- <i>Phase de différenciation</i>	26
3.2.3- <i>Crise</i>	27
4) Perspectives systémiques	32
4.1- « L'absolu relationnel du couple ».....	33
4.2- Communication dans le couple.....	36
4) Attachement dans le couple	38
II. VIOLENCES CONJUGALES	44
1) Définition	44
1.1- Violences et conflit.....	44
1.2- Formes de violences conjugales.....	48
1.3- Le cycle de la violence conjugale.....	49
1.4- Clinique de l'emprise.....	51
2) Épidémiologie	54
3) Psychopathologie et violences conjugales	55
3.1- Auteur.....	55
3.2- Victime.....	64
3.3- Psychopathologie de la répétition.....	65
3.3.1- <i>Introjection</i>	65
3.3.2- <i>Imitation</i>	66
3.3.3- <i>Identification</i>	67
4) Législation	68
4.1- Révélation des faits.....	68
4.2- Secret professionnel et protection de l'enfance.....	69
4.3- Dispositions pénales.....	71

4.4- Dispositions civiles.....	75
4.5- Orientation de la procédure.....	76
4.6- Protection de l'enfance.....	78
III. DU COUPLE PARENTAL AU COUPLE CONJUGAL.....	83
1) Définition.....	83
2) Grossesse psychique.....	84
2.1- Devenir parents.....	85
2.1.1- <i>Devenir mère</i>	86
2.1.2- <i>Devenir père</i>	88
2.2- Le fœtus.....	90
3) Articulation du couple conjugal et co-parental.....	92
4) La parentalité.....	96
4.1- L'exercice de la parentalité.....	97
4.2- L'expérience de la parentalité.....	100
4.2.1- <i>Le désir d'enfant</i>	100
4.2.2- <i>Transition vers la parentalité</i>	102
4.3- La pratique de la parentalité.....	104
5) Parentalité dysfonctionnelle.....	106
5.1- Troubles de l'élaboration narcissique.....	108
5.1.1- <i>Troubles déterminés par un état psychotique ou limite</i>	109
5.1.2- <i>Troubles provoqués par le remaniement psychique au cours de la grossesse</i>	114
5.2- Troubles différés ou structurels.....	116
5.2.1- <i>Modèle pervers</i>	117
5.2.2- <i>Modèle paranoïaque</i>	121
5.2.3- <i>Rapport entre modèle pervers et paranoïaque</i>	123
5) Droits et devoirs des parents et des enfants.....	124
6.1- Droits et devoirs des parents.....	124
6.1.1- <i>Personnes titulaires de l'autorité parentale</i>	124
6.1.2- <i>Contenu de l'autorité parentale</i>	125
6.1.3- <i>Retrait de l'autorité parentale</i>	126
6.1.4- <i>Délégation de l'autorité parentale</i>	128
6.1.5- <i>Émancipation du mineur</i>	130
6.1.6- <i>Fin de l'autorité parentale</i>	131
6.2- Droits et devoirs des enfants.....	131
6.2.1- <i>Droits des enfants</i>	131
6.2.2- <i>devoirs des enfants</i>	132

IV. PARENTALITÉ ET VIOLENCES CONJUGALES	136
1) Conséquences sur la victime	137
1.1- Conséquences traumatologiques.....	137
1.2- Conséquences psychiatriques.....	138
1.3- Conséquences gynéco-obstétricales.....	139
1.4- Conséquences médicales.....	140
2) Conséquences sur l'enfant exposé	141
2.1- Conséquences psychosomatiques.....	144
2.2- Conséquences psychoaffectives.....	145
2.3- Conséquences cognitives.....	147
2.4- Conséquences sociales.....	147
2.5- Maltraitance.....	148
3) Attachement lors des violences conjugales	165
3.1- Théorie de l'attachement.....	165
3.2- Qualité de l'attachement.....	173
3.3- Attachement et violences conjugales.....	176
4) Rôles et réactions de l'enfant dans les violences conjugales	179
5) Modes et styles parentaux dans les violences conjugales	186
5.1- Parentalité chez la mère.....	187
5.2- Parentalité chez le père.....	189
6) Facteurs de protection	194
7) Situation de séparation parentale	196
V. PRISE EN CHARGE	202
1) Prise en charge de l'auteur	202
2) Prise en charge de la victime	205
3) Prise en charge du couple et des parents	206
4) Prise en charge de l'enfant	208
CONCUSION	210
BIBLIOGRAPHIE	214
ANNEXES	218
- Convention internationale relative aux droits de l'enfant	219
- Déclaration des droits de l'enfant	242
- Numéros utiles	245

SIGLES

AEMO : Assistance Éducative en Milieu Ouvert

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CMP : Centre Médico-Psychologique

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption volontaire de Grossesse

JAF : Juge aux Affaires Familiales

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

PACS : PActe Civil de Solidarité

PMA : Procréation Médicalement Assistée

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

TGI : Tribunal de Grande Instance

UTPAS : Unité Territoriale de Prévention de l'Action Sociale

INTRODUCTION



Le sujet de la violence conjugale a beaucoup évolué au cours des quarante dernières années, soulevant interrogations et incompréhensions. Passant de l'intime au public ces violences dans le couple ont suscité des débats passionnés et l'intérêt croissant de la société en général (médias, associations..), des professionnels des milieux médico-sociaux et de la justice.

En effet, les dispositifs législatifs en matière de violences conjugales, aussi bien concernant la protection des victimes que la condamnation des auteurs, se sont considérablement modifiés. Parallèlement, les volontés de prises en charge spécifiques ont vu le jour et les publications concernant le sujet se sont développées.

La place des enfants dans ce contexte, alors que la protection de l'enfance est également devenu d'un intérêt majeur, inquiète et fait l'objet de plus en plus d'études, notamment au Canada, dont la littérature sur les enfants exposés à la violence conjugale est riche.

L'articulation de la violence conjugale et de la place des enfants amène naturellement à envisager la question sous l'angle de la parentalité, dont les ouvrages sont aussi de plus en plus nombreux.

Dans le cadre de mon internat de psychiatrie j'ai été amenée à rencontrer de nombreux hommes et de nombreuses femmes engagés dans le cycle de la violence conjugale et d'enfants exposés à la violence de leur parents ; à constater le retentissement négatif de celle-ci sur chacun des membres de la famille et leur souffrance ; à écouter leur retranscription de ce qu'était la vie au quotidien, faite de soumission, de peur voire de terreur, de sentiment de honte et de culpabilité ou de colère et de frustration ; ou au contraire, à écouter leur silence appris, le déni et la banalisation de la situation. J'ai également été

frappé de remarquer que les partenaires engagés dans ce processus de violences conjugales faisaient régulièrement part d'une enfance marquée par de la violence intrafamiliale et de ce fait entraient ainsi dans un schéma de répétition, dans lequel ils risquaient de faire entrer à son tour leur enfant.

Je me suis alors très tôt interrogée sur la parentalité dans ce contexte ; on distingue souvent couple conjugal et couple parental, comme si les deux étaient bien dissociés et n'interféraient pas l'un avec l'autre mais un conjoint violent et un conjoint victime de violence conjugale sont-ils à même d'exercer leur rôle parental de manière adéquate ? De répondre aux besoins de l'enfant de manière entière et satisfaisante ?

Je vais donc essayer d'y répondre dans cette thèse.

Je reprendrais d'abord la notion de couple , sa constitution, son évolution, ou comme dirait J-G Lemaire, « sa vie, sa mort » (1). Je m'arrêterai ensuite plus précisément sur les violences conjugales en les définissant puis en m'intéressant à la clinique de l'emprise et à la psychopathologie des protagonistes, ainsi qu'à l'aspect législatif dans le contexte français. Puis je parlerai de la parentalité, ce qu'elle recouvre et ce qu'elle implique, que l'enfant reste à l'état de projet, qu'il soit réel mais encore - ou déjà - qu'un fœtus, ou qu'il soit né et peut être déjà grand. Enfin, je tenterai d'articuler violences conjugales et parentalité, en décrivant les conséquences sur les victimes et sur l'enfant exposé puis en reprenant les concepts de la théorie de l'attachement et en essayant de dégager certaines réactions spécifiques des parents et des enfants dans ce contexte. Je terminerai brièvement sur la prise en charge, qui doit prendre en compte chacun des membres de la famille, et qui intéresse aussi bien les acteurs de la justice que du médico-psycho-social.

Par souci de clarté et pour faciliter la lecture, la violence conjugale sera ici le plus souvent considérée comme masculine, car c'est la plus fréquemment rencontrée, mais il va sans

dire que la violence conjugale féminine existe mais est peut être encore plus souvent tue, moins visible et moins recensée.

Les termes de « victimes » et « auteurs » seront souvent utilisés, à défaut de pouvoir en trouver de plus adaptés ; en effet, ces termes sont empruntés au domaine de la justice et, selon moi, ne conviennent pas exactement au champ de la psychopathologie, renvoyant à une vision très manichéenne et oubliant que la « pathologie conjugale » renvoie à des interactions complexes et intriquées. De même j'emploierai le terme d' « enfant exposé à la violence conjugale », plutôt que ceux de « victime » ou de « témoin », car le premier me paraît encore le plus adapté, car il renseigne sur la participation et les conséquences possibles sur l'enfant.

Je regrette également de pas assez faire la distinction entre violence physique et violence psychologique, même si j'en parle brièvement en évoquant un travail réalisé par le CHU de Tours sur le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

Le travail proposé repose sur une revue de la littérature et sur une réflexion personnelle ; je l'illustrerai de nombreux cas cliniques afin de faire le lien avec la pratique.

Signalons que certains auteurs cités ne sont pas référencés ; cela est le cas lorsqu'il s'agit d'auteurs cités par ceux référencés en début de chapitres ou de sous-chapitres.

I- LE COUPLE

1) DÉFINITION

Définir le couple n'est pas chose aisée, tant chacun y va de sa propre expérience. Parler du couple renvoie à parler de l'intime et de l'affectif.

De ce fait une définition consensuelle et universelle est, à mon avis, un non sens.

Philippe Caillé (2) l'évoque d'ailleurs assez bien quand il dit que la relation entre deux individus formant un couple est quelque chose de non logique, qu'il y a quelque chose qui nous échappe, qui s'explique moins par des mots que par le langage analogique. Ce quelque chose, il l'appelle « l'absolu relationnel du couple », qui par sa dimension transcendante, est celui auquel chacun des deux individus se réfère implicitement, dans ses dires et ses comportements, que le conjoint soit là ou non. L'absolu relationnel du couple peut être défini comme la représentation partagée de cette relation dans l'esprit des participants par laquelle se structure le sentiment d'appartenance. Il suivrait volontiers l'identité individuelle d'aussi près qu'une seconde peau et constituerait ainsi le modèle organisant du couple.

L'absolu relationnel du couple est unique et spécifique à chaque couple.

D'autres, comme J-G Lemaire (1), d'orientation psychanalytique, mettront un point d'honneur à la notion de durée, définissant le lien conjugal, à la différence des autres liens amoureux où la relation est conçue comme passagère, source de satisfactions immédiates, abandonnée dès qu'elle ne les donne plus ou s'accompagne de difficultés considérables.

Ainsi le couple se structurerait sur des bases affectives et un projet (implicite) de longue durée, débutant dès le choix du partenaire.

M. Maestre (3) quant à lui, avec une approche systémique, trouve le point commun dans le principe de constitution d'une nouvelle organisation, d'un nouvel ordre, par deux éléments, avec notion d'équilibre ou de complémentarité.

En systémie le couple pourrait se définir comme le plus petit et le seul système humain pour lequel le nombre de canaux relationnels est inférieur au nombre de personnes qui le composent.

On voit donc combien, selon les orientations, les définitions diffèrent, même si substantiellement, on fait référence à la même notion qui est l'union de deux personnes ayant mis en commun deux histoires pour en co-créeer une autre, inédite.

Avant de considérer le couple dans sa construction et son évolution, selon les perspectives psychodynamique et systémique, nous allons revenir sur l'histoire du couple dans la société, dont le mot n'est apparu qu'il y'a une quarantaine d'années.

2) ÉVOLUTION SOCIÉTALE DU COUPLE (3,4)

Le lien conjugal n'apparaît que dans les années 70, venant compléter le lien marital jusque là le seul reconnu.

À ses débuts le mariage est au service des hommes qui monopolisent la plupart des fonctions du pouvoir et utilisent cet outil social pour renforcer leur position ; il s'agit de la prin-

cipale stratégie d'équilibre entre groupe humain, permettant les alliances, les dominations et les résolutions de conflits. C'est un lien utilitaire, les raisons économiques dépassent alors les sentiments et le choix personnel.

Le mariage occidental prend ses racines avec les modèles grecs puis romain :

	Modèle grec	Modèle romain
Initial	<ul style="list-style-type: none"> - Vème s. avant JC - Ségrégation homme / femme, société antiféministe - Pas de notion de fidélité : sont acceptées les relations sexuelles et amoureuses extraconjugales, concomitantes, hétéro ou homo-sexuelles (pour les hommes seulement) 	<ul style="list-style-type: none"> - Influence du christianisme naissant : société moins libérale quant aux moeurs et à la sexualité
Évolution	<ul style="list-style-type: none"> - Valorisation de la relation interpersonnelles des 2 époux - Principe de modération de la conduite personnelle chez l'homme marié (réciprocité, reconnaissance d'une certaine symétrie, respect et valorisation des femmes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Condamnation de la chair et du plaisir, nécessité du mariage et obligation de procréation, soumission à la confession et imposition de la pénitence

Tableau 1 : Évolution du mariage selon les modèles grecs et romains (adapté de (4))

Le premier mariage occidental fut célébré au XIIème siècle ; il était consacré devant le prêtre, arrangé, sans le consentement mutuel des époux, la femme étant monnaie d'échange et l'homme ayant droit d'adultère, de concubinage et de répudiation.

Progressivement deux tendances contraires vont s'affronter et se rencontrer : l'émancipation progressive du couple amoureux et la morale chrétienne qui impose le refoulement des pulsions et ainsi une contrainte sociale donnant jour au mariage occidental contemporain.

Le mariage chrétien, strictement monogame et indissoluble est resté quasiment inchangé jusqu'au XXème siècle, même s'il a connu quelques rebondissements : sous l'ancien régime le divorce était interdit, de part cette très forte présence de la religion catholique, la seule possibilité de dissolution étant la nullité ou la séparation de corps. En 1789, la révolution vient remettre en cause le principe d'indissolubilité et le divorce est autorisé, soit par consentement mutuel soit par volonté unilatérale d'un époux par incompatibilité des mœurs.

En 1804, avec le code civil français, sous Napoléon, le mariage apparaît comme condition de la légitimité de la famille ; la filiation et le nom du père donnent identité et le couple marital se fond avec le couple parental. Il va modérer certaines décisions de la révolution mais ne supprime pas pour autant le divorce qui sera autorisé seulement par consentement mutuel ou faute de l'un des époux.

Sous la Restauration, il sera supprimé en 1816. Seule la nullité et la séparation des corps restent possibles. Ce ne sera ensuite qu'en 1884 qu'il sera réintroduit et ne disparaîtra plus mais à cette époque encore seule la notion de faute l'autorise.

Il faudra alors attendre 1975 pour revoir apparaître la notion de consentement mutuel .

C'est à cet époque que le lien marital sera mis à mal pour être remplacé par le lien conjugal et que seront développées successivement les notions de co-responsabilité parentale puis de co-responsabilité conjugale face au divorce et le divorce par consentement mutuel est introduit.

Jusque là, jusque la génération de nos parents, l'identité était de mode appartenancier, sous tendu par des pratiques rituelles et superposé au mode institutionnel.

Les liens étaient fortement structuré par l'institutionnel, c'est à dire par les effets de la loi, de l'autorité paternelle et de la hiérarchie verticale.

Le couple en était la plus petite institution, reconnu et sacralisé par la République et par l'église ; il constituait la matrice de la famille, au sein de laquelle chacun se devait de renoncer à une part de ses plaisirs et prérogatives personnels, au bénéfice de son bon fonctionnement.

Ce contexte était le facteur même favorisant la pérennité de l'institution-couple.

Entre 1972 et 2000 le nombre de mariage a diminué de 20% et le nombre de divorce a été multiplié par deux.

Le couple et la famille ont connu ces dernières décennies un important changement social. Les facteurs de ce changements pourraient être les suivants :

- espérance de vie du couple augmenté
- naissance du sujet
- démocratisation et libéralisation de la société

- sexe et amour (contraception à la fin des années 50, naissance de la sexologie)

Dans le « monde naissant », le monde contemporain, la disparition progressive des rituels d'appartenance (service militaire, mariage, rituels, festins familiaux, rituels de politesse...) et le développement d'un lien de type connectique à travers lequel les espaces d'épanouissement personnel se doivent d'être respectés et intègres, fait émerger une structure-couple de mode individualiste, prenant ainsi la place de l'institutionnel.

L'individu devient prioritaire dans son rapport au collectif et revendique sa liberté. La régulation du couple fait appel de plus de plus souvent à l'émotionnel.

Le lien conjugal est ainsi plus individuel, plus privé, plus contractuel mais en conséquence aussi plus précaire.

C'est en 1999 qu'est créé le PACS ; en 2000 la prestation compensatoire en matière de divorce ; en 2001 sont définis les droits du conjoint survivant et des enfants adultérins ; en 2002 les personnes adoptées et les pupilles d'état se voient le droit d'accéder à leurs origines ; enfin cette même année redéfinit l'autorité parentale et l'acquisition du nom de famille.

On remarque donc que, dans le domaine de la famille, la loi tente de suivre les transformations sociales qui prennent de la vitesse...

Le couple peut être appréhendé comme le reflet des structures sociales, dans lesquelles les individus sont conditionnés dès le plus jeune âge.

À l'intérieur du groupe-couple contemporain, les facteurs affectifs dépassent les facteurs économiques et sociaux et les deux partenaires vont alors chercher à former une structure différente des structures sociales.

Dans ce sens, une des fonctions du couple peut être celle d'une "structure-refuge", un lieu où peuvent s'exprimer et se vivre des désirs, des besoins et des tendances qui ne trouvent pas leur satisfaction dans le cadre des autres groupes sociaux ni autre institution. De ce fait, plus le malaise est grand dans la société et plus la structure "refuge" doit accueillir et donner satisfaction et plus on est exigeant avec elle. Ces pressions socio-culturelles multiples et contradictoires tendent à façonner les relations à l'intérieur du couple, c'est à dire à exiger du couple les satisfactions qui ne se trouvent plus dans la vie sociale.

En effet, il y a un lien étroit entre les formes d'organisation de la famille et le contexte de vie dans lequel elle se trouve ; la globalisation et l'éclatement de la conjugalité vont de paire.

Cependant, la question du sens avec lequel s'est fait cette transformation reste ouverte : de la société au couple ou du couple à la société ? (3)

3) PERSPECTIVES PSYCHODYNAMIQUES

Je reprendrais ici l'oeuvre de J-G Lemaire (1) qui a très bien décrit les fonctions, la construction et l'évolution du couple, également bien résumés par P. Brenot (5)

Comme cela a déjà été mentionné, il insiste particulièrement sur les bases affectives sur lesquelles se structure le couple et le projet (implicite) de longue durée, qui le différencie de la relation amoureuse passagère.

3.1-CHOIX DU PARTENAIRE

Le partenaire serait choisi pour sa fonction défensive, afin de maintenir l'unicité, la cohérence et la sécurité internes ainsi que la stabilité face à la menace de courants pulsionnels refoulés mais non éteints. Il est celui des proches qui paraît le moins menaçant vis à vis des pulsions les plus mal acceptées. Le noyau de la rencontre renvoie à l'image narcissique de chacun, réveillé par un besoin de sécurité et une recherche d'identité.

Chaque partenaire du couple percevrait, inconsciemment, chez l'autre une problématique commune mais avec une manière complémentaire d'y réagir, à la base de l'attraction mutuelle spécifique. Pour l'essentiel il s'agit d'angoisses primaires non représentables et cli-vées, résidus de traumatismes précoces de l'ordre du manque et de la perte qui restent à être élaborées.

Cette union autour d'un même conflit fondamental favorise la divergence des comportements, l'un prenant des caractères régressifs tandis que l'autre est conduit à une attitude apparemment plus progressive.

Ce phénomène a été décrit par J. Willi sous le terme de collusion (6). Les exemples cliniques proposés sont ceux d'un dysfonctionnement mais il est important de préciser que c'est un phénomène général et dynamique et non pathologique.

Quatre types de collusions sont décrites :

- collusion narcissique (fusion) : rencontre de deux personnalités narcissiques, en général sur le mode du coup de foudre, évoluant vers une histoire passionnée et tourmentée.

À l'origine se trouve un défaut de constitution d'un moi autonome, qui va alors se sentir menacé dès qu'il s'agit d'établir des limites.

L'un des deux partenaires va se positionner comme celui qui écoute, qui valorise ; il pense qu'il ne mérite pas l'amour de l'autre, se mésestime. Le fait d'avoir été choisi le rend prêt à tout les sacrifices.

- collusion orale (nourriture) : l'un des partenaires prend la place de mère, tandis que l'autre prend celle de l'enfant, du bébé.

- collusion sadico-anale (possession) : chacun des partenaire tente de dominer l'autre, même dans la résistance passive, ce qui peut être source de conflit ouvert.

Situation clinique : Je rencontre Mme M. 59 ans dans le cadre de la psychiatrie de liaison pour un syndrome dépressif dans un contexte de maladie grave évolutive. Mme M. a grandi dans une famille qu'elle décrit comme « soudée », avec son grand frère et ses cousins.

À 32 ans elle se met en couple avec Mr M., 27 ans, qu'elle connaît depuis qu'elle va à école, alors que la soeur de Monsieur est en couple avec le frère de Madame.

Son mari est le dernier et seul garçon d'une fratrie de 3. Sa mère qui était par ailleurs diabétique s'est suicidée alors qu'il avait 7 ans.

Immédiatement la relation est empreinte de complicité et d'aventure, Mr. et Mme M. se retrouvant volontiers dans les sports extrêmes et surtout dans les relations sexuelles. Ma-

dame se décrit comme maternelle mais directive et ayant un « fort caractère », ce qui aurait plu à Monsieur. Il se marie rapidement, un an après.

Ils auront ensemble 3 enfants, 2 garçons et 2 filles.

La relation deviendra vite tumultueuse, notamment dans les rapports sexuelles, Mr M. contraignant Madame à des actes sadomasochistes. S'ensuivra également une période de violences conjugales physiques alors que Monsieur s'alcoolise et que l'aîné est en bas âge. Cette période prendra fin avec l'arrêt de l'alcoolisation de Monsieur. Cependant les relations resteront hautement conflictuelles, Madame ne baissant pas les yeux, et n'abdiquant jamais. « J'ai pas peur » dira t-elle.

Elle décrit son mari comme égoïste mais dépendant, très insécurisé, puéril, et peu responsable.

Il a assisté à la première consultation avec le médecin somaticien mais n'a plus voulu venir par la suite.

Les relations se sont nettement dégradées depuis l'intervention de Madame, c'est à dire depuis que les rapports sexuels n'existent plus et que Madame ne peut plus entretenir ni la maison ni son mari.

Cet exemple comporte à la fois des éléments de collusion narcissique et sadico-anale.

- collusion hystérique ou collusion oedipienne (devoir) : dans ce type de collusion, l'homme a vécu longtemps avec sa mère, l'émancipation sexuelle s'est fait tardivement. C'est en général un homme passif et frustré par l'insatisfaction permanente de sa femme. Il s'occupe souvent des autres pour dissimuler son besoin d'attention et peut prendre le rôle de sauveur.

La femme quant à elle, volontiers volubile se marie sans amour en espérant que ça vienne, et sera vite tentée par des relations extra-conjugales. Si ce n'est pas le cas, elle peut prendre à témoin ses enfants pour valider la faiblesse de leur père.

Situation clinique : *Mr I. est un patient que je suis amené à rencontrer à sa demande, dans le cadre de la psychiatrie de liaison, en relais à ma collègue interne qui avait commencé une prise en charge pour syndrome dépressif.*

Il s'agit d'un homme de 67 ans atteint d'une maladie grave, en rémission mais pour laquelle il a subi une intervention compliquée de séquelles, notamment sexuelles.

Mr. I est par ailleurs suivi par plusieurs spécialistes du CHRU pour divers problèmes de santé mais biens stabilisées.

Il a également été traité pour un syndrome dépressif suite à un licenciement dans un contexte de conflit professionnel il y a plusieurs dizaines d'années.

Les antécédents familiaux sont essentiellement marqués par l'alcool-dépendance de son père.

Mr I. est marié, a 2 enfants et 2 petits enfants.

Actuellement en retraite, il exerçait en tant qu'assistant de direction et dans ses moments de loisir, il était bénévole pour un club sportif.

Sa femme est elle aussi atteinte d'une maladie grave mais elle, évolutive

Il a rencontré sa femme alors qu'il avait 20 ans, par l'intermédiaire d'une agence matrimoniale, se décrivant comme un homme "timide" et ne sachant pas "draguer" ; son épouse en revanche semble avoir saisi l'opportunité de quitter le domicile parental.

Il parle de sa femme comme "la femme de (sa) vie" et l'idéalisation est permanente malgré le sentiment d'être humilié, méprisé, rabaissé et utilisé. A plusieurs reprises déjà sa femme lui aurait dit qu'elle ne l'avait jamais aimé. Il se dit par ailleurs "esclave" à la maison et se plaint sans cesse de ne pas être reconnu.

Fils unique il évoque dans l'enfance une relation "fusionnelle" avec sa mère, considérée plus comme une femme que comme une mère et le père étant lui alors plutôt gênant ; en effet son père, du fait de son métier de militaire, n'était pas souvent à la maison, contrairement à sa mère.

Ce qu'il se rappelle des relations conjugales de ses parents c'est l'agressivité verbale de son père envers sa mère, faite de mépris et de dénigrement constants, majorée par la consommation excessive d'alcool.

Il se souvient avoir eu très peur de son père, et ce pendant longtemps, aggravé par le fait qu'il n'avait pas d'amis et pas d'activités lui permettant de prendre de la distance.

Pendant quelques années, pour raison professionnelle, la famille a vécu à l'étranger ; durant cette période il aurait subi des attouchements et autres abus sexuels de la part d'un ami de la famille, dont il n'a jamais parlé à personne.

Le diagnostic de la maladie pour laquelle il est suivi dans le service où j'interviens et les séquelles sexuelles furent pour lui un véritable réactivateur du traumatisme subi à la fin de son enfance. Il se dira volontiers "atteint dans (sa) virilité" et dans son "identité d'homme". C'est à ce moment là qu'une rechute dépressive est diagnostiquée, motivant une reprise de traitement antidépresseur et la prise en charge par l'équipe de liaison

La maladie de sa femme et la place qu'elle prendra de part sa gravité et son altération de l'état général ne feront qu'aggraver l'état psychologique de Mr I.

Il se sent rejeté par son entourage au premier rang duquel ses enfants et sa femme.

Lors des entretiens, prédominent la passivité et la plainte ainsi qu'une grande quête affective et de reconnaissance. Le discours est facilement redondant et la consultation est difficile à clore.

La souffrance qu'occasionne les relations conjugales est perpétuellement mis en avant mais sans qu'il y ait de véritable envie de changement, Mr I. semblant se complaire dans ce rôle de victime.

Son épouse ne sera jamais rencontrée, Mr I. avançant, sans lui demander, qu'elle refuse-ra.

Ici donc voilà l'exemple d'un ancien enfant exposé à la violence d'un père autoritaire et en prise avec l'alcool sur une mère adoptant une position de soumission, mais couvrant son fils d'une affection peut être démesurée, ne lui permettant pas de développer une autonomie et une individuation propre.

Les antécédents d'abus sexuels viendront entraver encore un peu plus le tableau.

Dans son couple il semble reproduire de manière inversée le schéma conjugal parental avec une femme rappelant la description qu'il m'a fait de son père. D'emblée, vont se définir les rôles de chacun des partenaires dans une structure dyadique organisée, rôle utilisé en tant que compensation afin de se débarrasser d'une tension conflictuelle intra-individuele, de ne pas éveiller des résonances archaïques. Il y a donc un bénéfice mutuel réciproque à l'induction ou acceptation de ses rôles au sein du couple. Cette situation emprunte à la fois à la collusion hystérique et narcissique.

3.2- HISTOIRE ET ÉVOLUTION DU COUPLE

3.2.1 « Lune de miel »

Cette première phase des tout débuts de la relation (de durée variable selon les couples), pourrait être rapprochée de la phase schizo-paranoïde du développement de l'enfant décrit par M. Klein, caractérisé par le clivage et l'idéalisation. À son origine, le mouvement amoureux peut être considéré comme une tentative régressive pour retrouver une plénitude antérieure et la période de "lune de miel" est une période où les conflits entre pulsions objectales et narcissiques et entre pulsions génitales et pré-génitales sont les moins intenses.

Ces débuts sont marqués par l'annulation et l'exclusion de tout élément agressif à l'égard de l'autre avec un vrai déni de la réalité, une idéalisation et une transfiguration du partenaire. Cependant pour l'harmonie du couple, la relation doit pouvoir se distinguer de toute autre relation en dehors comme au sein du couple et les partenaires doivent aussi parvenir à se différencier réellement l'un de l'autre.

3.2.2 Phase de différenciation

Longtemps au début le couple va mettre en place un ensemble de réactions destinées à maintenir l'idéalisation mutuelle et la satisfaction des premiers moments de la relation, par des tentatives de maintien des processus de clivage et du caractère fusionnel, de l'incorporation de l'autre en soi, de la suppression des frontières, phénomènes en général discrets, partiels et passagers. Mais cette phase schizo-paranoïde est suivie d'une phase dépressive, caractérisée par l'ambivalence. Cette deuxième phase est importante car elle appelle à la capacité à vivre l'équivalent du deuil, critère d'appréciation de la maturité du sujet à s'engager.

L'expérience du couple est la seule expérience existentielle qui puisse avoir une valeur maturative sans caractéristiques de frustration ; elle est source d'un enrichissement du Moi, correspondant à un comblement narcissique et à une réorganisation structurale permettant d'utiliser à profit l'énergie venant de pulsions jusque là refoulées ou limitées par une organisation défensive névrotique. Toutefois, cela n'est possible que si l'objet est passionnément investi et idéalisé, d'où la nécessité de cette première phase schizo-paranoïde.

L'ambivalence permet au couple de trouver un équilibre autorisant à l'engagement et à l'évolution sur le long terme, mais ouvrant aussi une période de crise.

3.2.3 Crise

La phase dépressive met au jour le sentiment de déception éprouvé par le sujet en face d'une défaillance supposée de l'objet. Cette déception est un phénomène subjectif et intra-individuel, à la mesure de la projection qui a été faite sur l'objet élu. Elle a un rôle dynamique essentiel servant d'introduction aux processus de crises, à la rupture de l'idéalisation et du clivage, au retour des pulsions auto et hétéro-agressives ainsi qu'à la réorganisation d'une véritable ambivalence naturelle nécessaire au bon fonctionnement de l'objet.

La crise est introduite par le retour des refoulés, jusque là non exprimés et n'appelant pas satisfaction ; on a vu en effet que le refoulement joue un rôle décisif, à l'origine du couple. Le refoulement est renforcé par le choix même du partenaire et la distribution des rôles est établit de telle manière que chaque partenaire doit s'opposer au retour du refoulé chez son conjoint. La crise amène un doute plus ou moins profond et plus ou moins durable quant à la valeur objectale de l'autre chargé d'apporter la confirmation de soi et ainsi une rupture dans la confirmation mutuelle des deux partenaires. Elle réveille des blessures préexistantes qui cherchaient à se restaurer dans le couple.

Si cela reste à un niveau partiel et porte sur une fraction réduite des qualités prêtées à l'objet, la crise a un effet maturatif important, permettant le retour du jugement et des capacités critiques ainsi qu'un rapprochement entre l'image intériorisée du partenaire et la réalité et un réinvestissement affectif du monde extérieur ; elle ouvre à l'individualisation et à l'autonomie des partenaires et améliore les modes de communication.

En devenant relation de couple , la relation amoureuse se structure, et après avoir permis d'y déposer des parties archaïques de sa personnalité, elle va permettre, après maturation et complexification, de remanier les héritages psychiques de chacun des conjoints leur permettant de parachever la séparation des parents de l'enfance et de sortir de la répétition. En d'autres termes, après la phase d'idéalisation vient la phase de séparation individuation, ouvrant sur la différence des êtres mais mettant à mal le désir de complétude à la base de chaque couple.

Ce phénomène s'assimile à un deuil et peut, pour certains, être à l'origine d'un violent sentiment auto-agressif, autodestructeur avec pour conséquence possible le suicide ou ses tentatives et équivalents.

La perte n'étant pas totale, certains partenaires vont tenter de maintenir l'idéalisation de plusieurs façons, la composante agressive étant toujours présente :

- clivage de l'objet : agressivité orientée contre une partie seulement de l'objet.

Attribution de la responsabilité des insatisfactions à un facteur supposé extérieur (influence de tiers, belle famille, milieu social, ethnique, enfants, rivaux...)

- agressivité à l'égard des tiers ou possessivité à l'égard de l'objet

- agressivité envers l'objet d'amour, dans le but de corriger ses défauts ; intolérance à certains traits trop peu satisfaisants de son caractère ou de sa présentation ; projection sur le partenaire de mauvais aspects récusés de soi même : choix d'un "bouc émissaire", en général un sujet dépressif ou dévalorisé luttant mal contre ses sentiments de dette et de culpabilité, à la recherche de moyens autopunitifs pour s'en décharger. Ceci n'est pas présent d'emblée mais à l'occasion de la première crise et est rationalisé sous diverses formes : morales, sociale, religieuses...

Cependant, pour tous les couples, la crise, ouvrant sur l'autonomie, fera appel à une part d'agressivité, défense contre un objet d'amour intériorisé absorbant, compromettant l'autonomie du Moi, contre un partenaire vécu comme oppresseur et envahissant et dont la conséquence sera la distanciation. Le couple verra alors apparaître des décharges agressives, malgré des liens amoureux restant très puissants.

Les affects liés aux premiers objets d'amour et aux figures parentales ainsi que les affects hostiles suscités par la menace oppressive représentée par le couple seront déplacés sur le partenaire ; à ce moment de crise la menace présentifiée par le groupe couple reproduit la menace qui provenait d'une mère toute puissante à l'origine.

L'expression la plus fréquente des tentatives entreprises pour échapper à l'invasion amoureuse est le passage à l'acte impulsif dans l'aventure extra conjugale.

Les autres manifestations possibles seront : refus et évitement, manifestations agressives, oppositions (actives ou passives), refus sexuels, fugues, hyperactivité professionnelle...

Plusieurs évolutions à la crise sont possibles :

- accroissement de l'agressivité et du désinvestissement du partenaire avec dissociation et mort du couple
- protection du couple en limitant les investissements extérieurs du couple, parfois par médiation et réorganisation par l'enfant
- réorganisation de liens nouveaux avec nouvelle idéalisation du partenaire

L'objectif d'un couple stable sera de dépasser cette opposition initiale entre défense de soi et surinvestissement amoureux tout en découvrant un nouveau type de relation permettant de soulager l'ambivalence réciproque liée au surinvestissement mutuel et de trouver une expression non nuisible aux charges agressives latentes et la possibilité d'une distanciation

tion qui trouve une forme différente de l'opposition caractérielle, dans le domaine symbolique, par exemple ludique. Ces formes d'expression sont très variables d'un couple à l'autre et très variable dans le temps pour un même couple, susceptible d'évoluer jusqu'à un âge très avancé.

Ainsi, le couple qui tient dans le temps est un couple qui a pu se construire un espace suffisant de liaisons multiples remplissant trois fonctions essentielles (7) : contenance (affective, des souffrances, des agirs...), symbolisation (des éléments clivés non digérés) et réparation (de soi, de l'autre, du lien...)

Il est un cas de figure intéressant à étudier : celui où le couple se maintient après la crise alors même que celle-ci fait du partenaire un représentant du mauvais objet, après les premiers temps d'investissement positif (bien qu'ambivalent).

Un des partenaires projette très intensément sur l'autre les mauvais aspects d'un objet intériorisé dans le passé du sujet. Le couple est utilisé pour se débarrasser de conflits intrapsychiques.

Le maintien malgré la souffrance est nécessaire pour lutter contre la décompensation pathologique ; l'évolution est groupale et il n'y a pas d'évolution individuelle possible.

Ce sont des couples dont le fonctionnement nécessite une appropriation réciproque, pouvant être en rapport avec un degré important d'identification mutuelle ou encore avec une relation de non différenciation.

Ce type d'investissement est néanmoins toujours associé à d'autres modes d'investissements positifs.

On le rencontre plus fréquemment dans certaines situations :

- dispositions psychopathologiques particulières : état limite, sujets ayant vécu des expériences dissociatives partielles et limitées ou gravement carencés avec traumatismes psychiques dans la première enfance.

- nécessité de protéger des liens privilégiés avec d'autres personnes très importantes et très investies, ne devant pas être menacées par la vie conjugale : il y a alors déplacement des projections de la haine.

Il s'agit souvent de manifestations non constantes, oscillantes ou instables, suivies de sentiments de culpabilité avec réparation, ce qui permet de vérifier que le partenaire n'a pas été détruit totalement par l'autre.

Le partenaire recevant les projections hostiles présente quant à lui souvent des tendances dépressives et autopunitives, un caractère masochiste. Le "persécuteur" a alors été choisi comme Idéal du Moi ; c'est cet aspect surmoïque qui est attendu et recherché chez le "persécuteur".

Le sujet "victime" attend des reproches et des sanctions pour la transgression plus ou moins fantasmatique d'interdits qu'il a habilité son partenaire à formuler, comme représentant de la loi.

Parfois même dans certains cas la "victime", par son expiation, permettra au partenaire d'accéder à la rédemption, dans un sorte de "mission" dévolue à la "victime".

Il arrive aussi que ce fonctionnement prenne un caractère alternatif : le couple permet alors de protéger les individus contre un vécu persécutif ou des réactions de type paranoïaques.

Enfin, les caractéristiques hétérosexuels, la cohabitation, le projet procréatif et le lien légal habituellement retrouvés ne sont pas indispensables.

La sexualité, toujours présente, ne l'est pas forcément de manière visible ; elle peut s'exprimer dans son courant tendre, dans une érotisation mutuelle non agie.

Les partenaires recherchent également un enrichissement et une confirmation narcissiques auprès de l'autre et le couple se structure de telle manière que les projections mutuelles contribuent à décharger sur les tiers ou sur le partenaire les parties les plus insupportables de la pulsion de mort.

La capacité de durer, selon J-G Lemaire, est la capacité de reconstruire du neuf et non de supporter l'usure.

4) PERSPECTIVES SYSTÉMIQUES

Les théories systémiques conçoivent la famille comme un ensemble de membres s'influençant mutuellement et durablement et ouvert sur l'environnement. Elle est un tout cohérent et indivisible, sa qualité émergente diffère de la somme de ses membres, son fonctionnement est interactif, répond à des règles et oscille entre une tendance à la stabilité (homéostasie) et une capacité à se transformer. A l'abord de chaque étape de son cycle de vie, le système familial est confronté à la renégociation des interactions, règles et rôles. Il vit des moments de fragilisation et de crise, mêlant appréhension et créativité, dont l'évitement peut faire émerger un symptôme. (8)

Le couple comme groupe d'appartenance s'intègre bien dans les considérations systémiques, et comme tout groupe d'appartenance il est structuré par un mythe (dimension psychique) et des rituels (dimension comportementale) ces derniers ayant pour fonction de renforcer le mythe.

Il est également important de souligner que le couple nouvellement formé s'inscrit dans une perspective transgénérationnelle où la mise en commun de deux mythes familiaux participe à la suite de la construction de leur histoire commune. Je ne l'aborderai pas ici mais cette notion me paraît fondamental, car chacun des partenaires porte avec lui sa

propre histoire, mais aussi celle de ses parents et des générations précédentes. Elles vont jouer un rôle important dans la constitution du couple et dans son fonctionnement, notamment les attentes et les naissances et résolutions des crises, dans la répétition ainsi que dans la transition à la parentalité. Comprendre et travailler avec un couple c'est comprendre et travailler avec les couples de leurs parents, grands-parents etc..., ouvrant à questionner les modèles de chacun des partenaires et la transmission reçue.

4.1- « L'ABSOLU RELATIONNEL DU COUPLE »

Comme déjà évoqué, P. Caillé parle « d'absolu relationnel » du couple, représentation commune à chacun des partenaires sur leur propre couple, et qui structure leur sentiment d'appartenance.

Je reprendrai ses idées car elles m'apparaissent intéressantes et originales.

La santé du couple dépendrait des possibilités de dialogue des partenaires avec ce « tiers ».

Pour une extension et un enrichissement du modèle, ce qui y est apporté doit constituer quelque chose de nouveau, être en rapport avec ce qui est déjà su et ouvrir de nouvelles perspectives.

Dans le cas contraire la relation entre le modèle et l'individu se durcira et la coexistence ne sera possible que par une surévaluation déraisonnable de l'absolu relationnel auquel l'individu est dit devoir sacrifier son identité.

On peut le voir comme un personnage bienfaisant tentant d'aider les partenaires et de donner à leurs vies un sens non seulement positif mais également dynamique et évolutif ; une sorte

« d'auto-thérapie », de « couple-thérapeute » duquel on attend beaucoup, sommé de faire

preuve de réassurance et d'identité. Le début, puis l'assurance de ce rôle délicat sont initialement permis par l'élan passionnel et l'attirance, physique et affective.

L'évolution dépendra des capacités de co-création de chacun des partenaires ensemble. Cette dimension de créativité est d'une importance fondamentale ; le couple, en tant qu'équilibre dynamique, concilie en effet le besoin de stabilité et le désir de transformation. Il est le lieu d'expression des désirs et aspirations, le fondement de la création d'une nouvelle culture.

La base logique du couple est ainsi de se fonder sur une expérience positive et le désir de le prolonger.

La vie de couple est un perpétuel processus dialectique aboutissant à des synthèses transitoires et remaniables. Un des facteurs essentiels de survie du couple est le sentiment de contenir le tiers, la conscience d'une synthèse opérante. Il s'agit d'une structure vivante qui se maintient par les bénéfices qu'elle apporte à ceux qui l'ont créée et la maintiennent en vie.

Cependant, l'obligation de « faire le bon choix » des cultures occidentales, rend le couple aussi très vulnérable, prêt à tout moment à changer d'avis. Il doit sans cesse s'adapter aux exigences des individus et à celles de la société.

Il s'agit d'un système « réflexif », sans « consommateur » extérieur pouvant témoigner du bien

fondé du couple et renforcer leur structure par le souhait de la continuation de ses services.

La disparition des facteurs extérieurs d'antan (pression, accord ou choix du partenaire par les

familles, serments, cérémonies...) rend plus évident le fait que les partenaires se sentent entièrement responsables de l'introduction du couple dans une vie nouvelle ; il ne peut donc plus s'appuyer sur de tels facteurs, qui sans être essentiels avaient le mérite d'être

visibles, lorsqu'il recherche des évidences pouvant étayer sa stabilité , promettre sa perennité. Il ne dépend que de leur propre conviction de l'existence de ce couple.

A titre d'exemple sont citées les situations conjugales rencontrées le plus fréquemment en thérapie :

- Couple malheureux où un partenaire attend en vain du conjoint la réparation d'un dommage subi dans une relation antérieure, à l'origine du refus de donner au « tiers » du couple actuel la nourriture affective nécessaire à son développement. L'auteur insiste sur la nécessité d'un travail de deuil lors de la fin d'un couple avant de pouvoir vivre pleinement la réalité d'un nouveau couple
- « tiers » affaibli par la présence d'un « quatrième » entretenant un rapport singulier avec l'un des partenaires (liaison, enfant d'une précédente union, maladie, psychothérapie individuelle...), mettant de fait hors jeu le conjoint.
- « tiers » n'ayant jamais existé : le lien consiste dans le fait qu'un des conjoints a « fétichisé » une singularité de l'autre avec l'accord passif de celui-ci. Un aspect d'un des partenaires fait alors fonction de « tiers » relationnel créant ainsi une relation symbiotique rigide. La situation est d'emblée bloquée, sans possibilité évolutive ; cependant le détachement et la séparation sont difficile, chacun servant psychologiquement de béquilles à l'autre.

Une des particularités de l'absolu relationnel du couple est la possibilité d'issues différentes à la « crise » du modèle :

- Soit, tentative d'émergence de l'absolu existant, d'un autre absolu créateur d'un ordre utile pour les deux partenaires
- Soit récusation de l'absolu de la relation dans son intégralité et tentative d'abolition du couple.

En d'autres termes : la confrontation ou la fuite.

4.2-COMMUNICATION DANS LE COUPLE

Pour reprendre Watslawick (9), la communication repose sur cinq principes :

1) On ne peut pas ne pas communiquer : le langage n'est qu'une partie de la communication et tout comportement a valeur de message.

2) Toute communication présente deux aspects, le contenu et la relation, tels que le second englobe le premier et est par suite une méta-communication : le langage écrit ou oral représente le contenu de ce que nous voulons faire passer ; cet aspect prime et l'interlocuteur y sera réceptif si la relation est bonne. Cependant dans le cas contraire, chacun des partenaires ne s'attachera plus au contenu mais à la relation, c'est à dire à tout ce qui a trait au non verbal (regard, intonation, gestuelle, mimique...). C'est ce qu'on appelle la méta-communication, ce qu'il y a derrière le contenu, ce qui est dit sans être parlé.

3) La nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires : la communication est un système circulaire d'échange, le comportement de l'un induisant le comportement de l'autre et vice versa.

4) La communication humaine utilise deux modes de communication, digital et analogique : toute communication non verbale est une communication de nature analogique ; elle définit la relation, ses capacités d'expression sont larges mais manque de précisions et ne connaît pas la négation. Il est difficile de mentir en analogique. La communication digitale définit le contenu ; elle possède une structure précise, complexe et logique ; elle se prête à l'abstraction.

Ces deux modes coexistent et se complètent dans chaque message.

5) La communication est soit symétrique, soit complémentaire

Dans toute relation mais peut être particulièrement dans le couple, la communication joue un grand rôle, et ce dès les premiers moments, où elle contribue à une meilleure connaissance réciproque ; les partenaires doivent avoir pris l'habitude de cette communication, avant la période de crise car elle a tendance à se réduire et à se montrer moins efficace. D'ailleurs, ce phénomène n'est pas spécifique au groupe couple, il est ubiquitaire dans tous les groupes sociaux.

D'autres freins à la communication sont retrouvés :

- recherche d'une certaine sécurité, d'un mode de vie paisible
- évitement des conflits
- surimpression des informations : le caractère analogique de la communication affective interhumaine, ne permet pas la négation ni même l'effacement des messages précédents.

C'est là qu'apparaissent contradictions et paradoxes.

Ainsi la communication exige constamment que les capacités d'élaboration et le temps consacré à sa clarification soit approfondis.

- brouillage des communications pour éviter l'émission d'un message critique dont l'émetteur pourrait craindre en retour un autre message disqualifiant ; la crainte de déplaire compense le désir de recevoir une gratification, mode en fonction lors de la « lune de miel ».

5) ATTACHEMENT DANS LE COUPLE (10)

Il semblerait que l'être humain soit poussé à organiser avec l'autre des relations de proximité stables et durables ; l'attachement apparaîtrait donc comme un besoin social primaire dont on peut observer la construction dans la petite enfance.

Cependant, contrairement à l'enfant, il ne s'agit plus d'un besoin vital protecteur et l'attachement adulte se différencie par les caractéristiques suivantes :

- besoin de contact et d'apaisement.
- la tranquillité recherchée et obtenue offre la possibilité de régulation visant "l'homéostasie interne" et permettant en même temps l'ouverture et l'adaptation à l'environnement.
- chacun devient figure d'attachement pour l'autre dans la réciprocité du lien avec le partenaire.
- chacun est en potentialité de devenir parent.

Bien qu'il soit hérité des attachements construits dans l'enfance avec les figures parentales, c'est un processus dynamique organisateur des relations de couple.

Il ne serait possible que dans des échanges durables, permettant le développement d'un lien affectif stable avec un partenaire considéré comme unique, non interchangeable et dont la proximité est souhaitée.

Cette construction et stabilisation de la vie de couple se font par une série d'ajustements émotionnels aboutissant à des schémas transactionnels automatisés.

En d'autres termes, l'attachement, s'il est sécurisé, constitue la base de sécurité du couple.

En effet, ces ajustements émotionnels sont beaucoup plus délicats dans les situations d'insécurité relationnelles et le fonctionnement en système fermé protège de tout changement.

L'attachement ne reste malgré tout qu'une des dimensions du lien dans le couple ; il ne se développe pas indépendamment mais dans une interaction entre ce qui a été construit dans le passé et ce qui se développe entre les partenaires de la relation actuelle ainsi qu'entre les représentations pré-existantes et la réalité interpersonnelle et intersubjective expérimentée au quotidien dans la vie de couple.

Il est distinct mais étroitement lié à deux autres dimensions essentiels au lien conjugal : la sexualité et l'intersubjectivité.

M. Delage décrit trois types d'attachement :

- sécure
- évitant
- ambivalent

Cependant, il ne s'agit pas de type d'attachement fixes et immuables et il est préférable de parler de "tendances" ; les changements de modalités d'attachement sont donc possibles mais dépendent de leur qualité initiale.

Il n'y a pas de règles concernant les associations selon les modalités d'attachement.

L'analyse de ces modalités peut être déclinée selon plusieurs dimensions, individuelles et interactionnelles (cf tableau 2 ; à noter que l'auteur ne spécifie pas le modèle intergénérationnel du partenaire « évitant ».)

Même si les conséquences de la rencontre entre deux partenaires selon leurs modalités d'attachement sont imprévisibles et ne répondent à aucune règle, on peut néanmoins voir émerger des tendances plus fréquentes en situation de dysfonctionnement :

- union d'un partenaire "ambivalent" avec un partenaire "sécure" ou "évitant" : maintien difficile de l'homéostasie, distance excessive et insatisfaisante entre un partenaire cherchant une relation de plus grande proximité avec un autre partenaire qui vise l'éloignement.

- union de deux partenaires "ambivalents" : oscillation entre rapprochement et mise à distance ; insatisfactions exprimées sur un mode revendicatif ; tentative de réajustement émotionnels ponctués de nombreuses disputes débouchant sur l'échec.

Notons que bien souvent ces situations dysfonctionnelles le sont dans une répétition ou une correction du passé.

	SÉCURE	ÉVITANT	AMBIVALENT
Confiance en soi	Bonne	Apparemment bonne	Mauvaise
Confiance en l'autre	Bonne	Mauvaise	Attente de soutien et de réconfort
Capacité d'empathie	Bonnes	Mauvaises	Variables, l'autre étant perçu à travers ses propres difficultés
Régulation des émotions négatives	Stratégies constructives	Stratégies d'évitement	Tentative de contrôle aboutissant souvent à l'échec
Communication	Bonne	Faible	Confuse
Expression des sentiments	Libre et satisfaisante	Faible	Exagérée ; tendance à la dépendance affective
Résolution des problèmes	Bonne capacité à argumenter	évitement des conflits	Situation conflictuelle négative ; détresse après conflit
Modèle transgénérationnel	Différenciation claire entre scénarios relationnels de l'enfance et ceux du couple ainsi que des rôles parentaux de « caregivers ». Capacités de maintenir des relations positives avec les figures d'attachement de l'enfance tout en les mettant en perspective avec les relations actuelles dans lesquelles le partenaire est figure d'attachement principale		Stratégies +/- complexes de régulation émotionnelle et de distance relationnelle face aux insatisfactions, à la fois auprès du partenaire, de la famille d'origine et parfois de l'enfant. Figure d'attachement-partenaire +/- associé ou en compétition avec celles de l'enfance pour lesquelles est maintenue une certaine dépendance ; risque de confusion et d'empiètement intergénérationnel ou refus de dépendance et risque de clivage. Enfant possible régulateur des insatisfactions émotionnelles du couple.

	SÉCURE	ÉVITANT	AMBIVALENT
Sexualité	Combinaison érotisme-altruisme, climat serein et confiant	Propension à dissocier sexe et amour, tendance aux relations éphémères et extra-conjugales	Peu assuré, dépendant, possessif, plus orienté vers des satisfactions « périphériques » (expression de tendresse notamment)
intersubjectivité	Qualité et capacité d'empathie, compréhension de l'autre, partage émotionnel et cognitif	Défaut de mentalisation, non prise en compte des émotions du partenaire	Lecture des émotions du partenaire à travers les siennes ; confusion entre soi et l'autre.

Tableau 2 : Modalités d'attachement dans le couple (adapté de (10))

Dans le couple, la frontière entre normal et pathologique est difficile, fluctuante, incertaine et arbitraire.

La structuration du couple fait appel à des fonctionnements hérités des aspects les plus archaïques, en interaction avec les processus les plus archaïques du partenaire, au cours desquels se rejouent les premières positions paranoïdes et dépressives.

Ce qui est pathologique c'est l'incapacité de fonctionner autrement que par ses mécanismes de défense primaires, tels que déni de la réalité, le maintien de l'idéalisation, l'impossibilité de renoncer à satisfaire ses besoins narcissiques ou la limitation de la relation à ses seuls aspects narcissiquement gratifiants, l'impossibilité d'accéder à une relation ambivalente pour essayer de méconnaître la pulsion de mort dans ses deux aspects, destructeur de soi et destructeur de l'autre.

L'amour utilisant les formes les plus primitives de la vie psycho-affective (incorporation, absorption, dévoration...), un contraste est possible entre les comportements d'un sujet à l'intérieur et à l'extérieur de son couple.

La pathologie amoureuse est proche de la pathologie du narcissisme ; quand les frontières de l'être ou l'investissement narcissique du Moi sont en danger, des réactions de défense susceptibles de prendre des formes pathologiques extrêmes peuvent se voir. Si l'objet du désir est ressenti comme mettant en question la valeur narcissique intrinsèque du sujet, un lien stable ne peut pas s'organiser entre eux.

Le couple devra conjuguer avec ce que chacun des partenaires apporte de sa propre histoire, laquelle contribuera au développement des modalités d'attachement du couple. Bien qu'hérité des attachements construits dans l'enfance de chacun des partenaires, c'est un processus dynamique, basé sur une série d'ajustements émotionnels, et organisateur des relations de couple.

Cependant, même si la finalité de l'attachement du couple reste sa sécurité affective, il peut être source de dysfonctionnement, notamment s'il s'inscrit dans une répétition ou une correction du passé.

II- VIOLENCES CONJUGALES

1) DÉFINITION (11, 12, 13, 14)

La définition des violences conjugales est aujourd'hui assez consensuelle et fait référence à une dynamique relationnelle basée sur un fonctionnement d'emprise dans le cadre d'une relation intime (conjoint ou ex conjoint), avec une volonté de dominer et contrôler l'autre, prenant alors un caractère inégalitaire et asymétrique.

C'est un processus évolutif et cyclique, se différenciant bien des conflits conjugaux.

On parle plus volontiers des violences de l'homme envers la femme car ce sont celles que l'on rencontre le plus, mais il faut savoir que les violences de la femme envers l'homme existent et prennent plus souvent des formes « non visibles » ou non « dicibles », l'homme étant souvent plus réticent à évoquer la violence dont il pourrait être l'objet.

1.1- VIOLENCE ET CONFLIT

Les violences conjugales sont à bien distinguer des conflits dans le couple.

Là où les violences conjugales appellent un rapport asymétrique, le conflit en appelle à une relation plus égalitaire.

Dans les violences conjugales, un conjoint « dominant » pousse au renoncement de l'espace d'action et de pensée du conjoint « dominé » ; l'identité de l'autre est niée et refusée, et donc atteinte. Dans le conflit chaque conjoint est en mesure de répondre à l'autre.

De même la colère n'est pas synonyme de violence ; la colère est une émotion qui si elle est exprimée ne résulte pas obligatoirement sur un passage à l'acte violent. Des conjoints peuvent exprimer leur colère sans que la violence n'en soit le mode de résolution. Elle n'amène pas insultes et menaces contrairement à la violence verbale.

Une autre nuance est importante : celle des couples à transaction violente (15). Les partenaires sont engagés dans une relation symétrique dans laquelle tous deux sont auteurs des actes violents vis à vis de l'autre, actes bidirectionnels et réciproques.

Ils revendiquent le même statut de force et de pouvoir et l'identité de l'autre, qui est reconnu, est préservée.

Situations cliniques : *Mr. K. est un homme de 46 ans que je rencontre à l'occasion d'une évaluation pour suspicion de maltraitance sexuelle chez son fils.*

Durant tout l'entretien il se montrera anxieux et tendu et son discours apparaîtra filtré.

Nous reviendrons cependant ensemble sur son histoire de couple, qui soulèvera beaucoup d'affects à la fois empreints de tendresse et de tristesse. C'est peut être le seul moment où il se montrera le plus authentique. Le couple s'est connu jeune et dans un contexte festif, qui n'a pas cessé par la suite. En effet, les soirées bien arrosées sont vite devenues la règle, et la naissance d'un premier enfant puis d'un deuxième n'a rien changé si ce n'est que les sorties se sont transformées en « apéritifs conjugaux » prolongés et répétés, au détriment de leurs rôles parentaux. Ces périodes d'alcoolisation excessive se sont suivies rapidement de disputes et de violence bidirectionnelle et réciproque, Madame se jetant alors sur son mari et le mordant, Monsieur se défendant en poussant sa femme ou en la frappant. Monsieur a d'ailleurs dû se rendre une fois aux urgences pour une suture de la main, mordue par sa femme.

Il n'a jamais nié ces épisodes de violences, et Madame, qui a été reçue par un de mes collègues a pu faire la même description de son couple. L'amour et la préoccupation de l'autre sont pourtant bien présentes.

Nous sommes donc bien ici dans un couple à transaction violente. La relation n'est pas asymétrique ni basée sur la domination et l'emprise ; chacun des partenaires participe à une dynamique relationnelle violente mais bidirectionnelle.

Je terminerai en distinguant également violence et agressivité (15).

Étymologiquement « agressivité » vient de l'expression latine « *ad-gressere* » qui signifie « aller vers » ; « violence » tire son origine dans « *violare* », « agir de force » sur quelqu'un ou quelque chose et « *violentus* » évoquant un abus de force.

Ainsi, l'agressivité peut prendre deux sens différents mettant en évidence toute l'ambiguïté du concept. En effet l'agressivité peut être associée à une intention de nuire à autrui, avec l'idée d'y trouver du plaisir mais également au dynamisme général et aux comportements adaptatifs de la personnalité.

Néanmoins ce que l'on retrouve invariablement c'est le lien à l'autre qui est indispensable, et dans la mesure où l'agressivité implique le désir de faire reconnaître sa puissance par l'autre, elle ne vise pas sa destruction. Mais la satisfaction du désir de domination peut inclure le plaisir de faire souffrir, et l'agressivité s'accompagne alors de sadisme. Cette jouissance se nourrit parfois de la soumission et de la faiblesse de la victime ; le lien à la souffrance de l'autre est alors ici un stimulant érotique.

Cependant, et il est intéressant de le noter, ce rapport de l'agresseur sadique au plaisir est en même temps celui qui risque de lui faire rencontrer la culpabilité.

La violence quant à elle peut être entendue comme une force imposée pouvant aller jusqu'à la contrainte exercée par l'intimidation et la terreur.

La violence s'oppose à l'agressivité sur deux points essentiels :

- l'Autre est nié ; la violence intervient soit dans une revendication d'hyperpuissance mégalomane, soit dans un sentiment d'impuissance, de dépit ou de rage, mais dans les deux cas l'Autre n'existe pas.

L'objectif ici est d'assurer sa survie et celle de ses proches, dans un instinct de protection et de conservation ; la violence se veut une réponse à un sentiment de danger, le sort de

la victime importe peu, celle-ci n'étant qu'un objet parmi d'autres à détruire pour se sauver soi-même. La relation n'a donc aucune place dans la violence.

- le plaisir et l'érotisation n'ont pas de place ; là où l'agressivité invoque plutôt le sadisme, la violence invoque plutôt la cruauté et ne risque pas d'appeler à la culpabilité.

La violence passe par plusieurs étapes :

1) Danger : la personne se sent menacée et se pense humiliée ou dévalorisée. Ainsi pour elle c'est toujours l'autre qui commet la première violence.

2) Déshumanisation : l'autre est déshumanisé, réifié, il sort du champ d'application des règles morales.

3) Désymbolisation : la personne violente est incapable de prendre du recul par rapport à la situation, de la penser ; il est dans un état de sidération psychique et la distance permise par la parole, l'imagination et le jeu est abolie.

4) Le passage à l'acte : il y a ici une volonté de détruire celui qui a fait violence en premier ; ce passage à l'acte est dénué de plaisir et est vécu comme une simple nécessité, et sans culpabilité.

Avec ces considérations, doit-on parler de violence ou d'agressivité conjugale ? Le conjoint « victime » est-il nié ? Le conjoint « violent » / « agresseur » éprouve-t-il du plaisir ou non ?

Je tenterai une réponse plus loin, en parlant de la psychopathologie en jeu dans la violence conjugale.

1-2 FORMES DE VIOLENCES CONJUGALES (16)

Les violences conjugales peuvent prendre différents visages, ne s'excluant pas les uns des autres.

Ainsi on repère :

- **Violences physiques** : les plus facilement identifiables elles ne sont pas toujours présentes dans les situations de violences conjugales. Ainsi donc la femme n'a pas besoin d'être « battue » pour vivre de la violence conjugale.

- **Violences psychologiques** : violences verbales avec chantage, menaces, insultes, humiliations, dénigrement. Elles représentent plus de 50% des violences conjugales. Certains n'utilisent que cette forme de violence mais le plus souvent elles sont associées aux violences physiques et sexuelles.

Ces violences peuvent elles même prendre différentes formes : dévalorisation (en public ou en privé), mépris, remarques désobligeantes mais aussi contrôle des sorties, interdiction de rencontrer certaines personnes, de pratiquer ses croyances, de fréquenter des lieux de culte ou imposition de certaines pratiques religieuses. S'ensuit un climat de peur voire de terreur et une attitude de soumission avec illusion de non passage à l'acte physique.

Parfois ces violences peuvent s'exercer sur la victime à travers les violences et menaces sur des personnes chères (parents ou enfants).

Elles peuvent également se poursuivre après séparation sous forme de harcèlement.

De telles violences attaquent l'image et la confiance de soi. Le conjoint atteint se sent progressivement incompetent, incapable et indésirable, il s'isole, s'enferme et se replie dans un sentiment de honte.

- **Violences matérielles** (épisodes clastiques) : violence utilisant des objets, vêtements ou souvenirs appartenant au conjoint, pour faire peur ou faire pression (cette violence s'assimilant aux violences psychologiques)

- **Violences sexuelles** : elles peuvent également être multiformes comme des blessures sur les parties génitales ou sexualisées, l'obligation d'être photographié ou filmé lors des rapports sexuels ou dans des positions dégradantes, le visionnage de vidéos pornographiques sous contrainte, des relations sexuelles imposées avec plusieurs partenaires ou non (viol conjugal) ou encore l'obligation de se prostituer.

- **Violences économiques** : privation de toute autonomie financière, ou alors faire supporter toutes les dépenses incompressibles à l'autre afin, dans les deux cas, de le maintenir dans une dépendance à son égard.

- **Instrumentalisation de l'enfant** : majoritairement après séparation du couple. L'enfant est utilisé comme rapporteur, comme guetteur, et devient de ce fait l'objet du conflit.

1.3 - LE CYCLE DE LA VIOLENCE CONJUGALE

Les premiers actes de violences sont généralement vécus comme un accident et soumis à un déni massif des deux partenaires pour chasser l'intrusion d'affects angoissants.

Même en cas de récurrence il semble que les conjoints ne s'aperçoivent pas qu'un cycle d'interaction violente est en train de s'installer. En effet, la répétition de tels actes et des processus de déni entraînent une accélération du phénomène.

Le couple se maintient grâce à une ritualisation des comportements et des interactions à laquelle chacun participe. La relation n'est guidée que par les émotions, en dehors de toute considérations d'ordre moral.

Ainsi, s'installe un cycle modélisé en quatre phases (17) :

- **Climat de tension** : installation d'un climat de tension (regards méprisants ou menaçants, silences, mouvements d'impatience...), insécurisant le partenaire.

- **Épisode violent** : agression du partenaire, pouvant longtemps rester verbale ou psychologique ou s'inscrire rapidement dans un mode physique.

- **Justification** : le partenaire violent va tenter de se justifier et de minimiser son comportement en responsabilisant l'autre partenaire, qui va alors facilement se culpabiliser.

- **Lune de miel** : période d'accalmie où le partenaire violent s'excuse, a des attentions particulières et peut promettre de changer, permettant ainsi à l'autre partenaire de conserver l'espoir que les choses s'arrangent et ne se reproduisent plus.

Cette période de lune de miel aide à comprendre les tendances à se rétracter et la réversibilité dans la demande d'aide.

Cependant, plus la violence s'installe et plus cette dernière phase est courte, finissant même par disparaître ; les phases de violence se font alors plus fréquentes et plus intenses.

1.4- CLINIQUE DE L'EMPRISE (17, 18, 19)

L'emprise est un élément important dans la compréhension des mécanismes des violences conjugales. Elle est utilisée afin d'asseoir le contrôle et la domination et permet de lier son conjoint au partenaire violent.

Certains facteurs rendent plus vulnérables à ce phénomène :

- relation de dépendance initiale : financière, professionnelle, hiérarchique, d'autorité...
- sentiment de dette (cadeaux, argent, services...)
- détention d'un secret par l'agresseur pouvant être à l'origine de la non dénonciation
- vulnérabilité narcissique de la victime, rendant sensible aux compliments, à la reconnaissance
- manque / carence affective alimentant le sentiment de dépendance et la vulnérabilité narcissique
- isolement, alimentant la carence affective
- immaturité du moi (jeune victime par exemple), empêchant la victime de réagir rapidement et de façon appropriée pour se défendre
- facteurs favorables au maintien de l'emprise (souvent après rupture) : rester affectivement proche, entretenir une relation amicale de dépendance

Une description en trois temps a été effectuée par Perrone et Nannini en 1995 (cité par 19) :
effraction, captation et programmation.

L'emprise débute par une effraction de l'intimité, qu'elle soit physique ou psychique, favorisant un estompage des limites entre soi et l'autre et préparant à la soumission. Le conjoint est progressivement privé de tout libre arbitre et regard critique, jetant la confusion dans ce qu'il ressent, ce qu'il pense, qui il est.

Le partenaire violent neutralise le désir de l'autre, réduit ou annule son altérité et ses différences et agit également sur son entourage.

S'ensuit alors une altération de l'estime de soi, un isolement familial, amical et socio-professionnel, renforçant le contrôle et la dépendance économique. Le partenaire violent va capter son conjoint au niveau de sa confiance, de son attention, de sa liberté en utilisant de multiples messages contradictoires ou paradoxaux, déformés ou indirects, induisant le doute et l'ambiguïté.

Il va agir également sur le registre émotionnel par la frustration, la peur, l'anxiété, la culpabilité...

Il peut le valoriser narcissiquement ou au contraire le faire douter, véhiculant dans les deux cas l'idée qu'il sait mieux que lui ce qu'il lui faut, ce qui est bon pour lui, qui il est.

Enfin, l'emprise est totale quand le conditionnement a opéré. Le conjoint est désormais programmé pour obéir aux injonctions et se penser dépendant de son partenaire ou que celui-ci est indispensable à sa survie, par l'intermédiaire de l'éveil sensoriel, de l'érotisation de la relation, du pacte du secret, de la honte...etc. Tout au long de la mise en place de ce mécanisme d'emprise, le partenaire utilise la séduction narcissique destinée à fasciner et à paralyser l'autre, qui connaît alors l'équivalent d'un phénomène dissociatif.

Cela le rend passif, dans une « impuissance apprise », c'est à dire une incapacité d'apprendre après l'expérience de son incapacité d'agir sur son environnement pour le transformer en sa faveur. Ainsi plus la violence est grave, moins la femme a les moyens de partir.

Cependant, soulignons que la soumission apparente ne doit pas uniquement être considérée comme un symptôme mais aussi comme une stratégie d'adaptation et de survie.

Ainsi, la conséquence de l'emprise est l'adaptation à la violence, permettant au partenaire de poursuivre son comportement et à celui sous emprise de mieux le supporter.

Situation clinique : *le couple B. est un couple d'une quarantaine d'années, que nous recevons avec ma collègue psychologue dans le cadre d'une suspicion de maltraitance psychologique sur les enfants. J'avais moi même été amenée à évaluer l'aînée âgée de 14 ans. Monsieur est directeur marketing et Madame agent de caisse dans un supermarché. Elle est originaire de Slovaquie et n'a pas de famille en France. Elle a été abandonnée par sa mère et a quitté son pays très tôt, porteuse d'un secret de famille qu'elle n'a pas voulu révéler.*

Monsieur vient d'une famille de haut rang et s'est immédiatement posé en sauveur de sa femme qu'il a rencontré par le biais d'amis communs.

Ensemble ils auront trois filles.

Les relations mère-filles sont rapidement défailtantes, surtout avec l'aînée, Madame adoptant des comportements souvent inadaptés et peu maternants, potentialisés par les attitudes du père qui infantilise sa femme. La dépendance financière de Madame envers son mari assoit très vite sa position de domination et celui-ci ira jusqu'à contrôler ses sorties, ses dépenses, ses appels et ses sorties.

Ces attitudes s'aggravent lorsqu'il commence à la soupçonner de fréquenter le directeur de son lieu de travail, ce qui à terme, s'avèrera vrai. Elle finira donc par quitter son mari pour aller s'installer avec cet homme. La blessure vécue par Monsieur est profondément narcissique et il n'acceptera pas le départ de sa femme. Celle-ci pourra évoquer, lors de son entretien individuel avec la psychologue la relation d'emprise dans laquelle elle s'est trouvée pendant des années, rendant son départ impossible jusqu'à cette nouvelle relation, qui cependant, semble se construire sur le même schéma.

Mr B., par la suite, va transférer ses comportements de domination et d'endoctrinement sur ses filles qui prendront position contre leur mère et, surtout, s'en convaincront.

Lors de l'entretien de restitution, le dénigrement et l'humiliation de Monsieur envers sa femme sont prégnants et l'attitude repliée et honteuse de Madame ne laisse pas de doute quant à la violence conjugale psychologique.

Ce cas illustre la relation d'emprise de Mr. B sur sa femme, permettant contrôle et domination par le biais des facteurs de vulnérabilité de Mme B. en effet, nous retrouvons ici une relation de dépendance financière favorable au développement d'un sentiment de dette, une vulnérabilité narcissique alimentée par la carence affective ainsi qu'un important isolement familial et amical renforcé par Monsieur. De plus, celui-ci semble détenteur du secret de sa femme, pouvant dire à plusieurs reprises « je ne vous ai pas tout dit sur elle », laissant penser que ceci est un moyen de pression, de contrôle et de domination supplémentaire.

2) ÉPIDÉMIOLOGIE

Peu d'études épidémiologiques d'envergure concernant la violence conjugale ont été menées en France depuis l'enquête ENVEFF en 2000, repris dans le rapport Henrion.

Il s'agissait d'une étude sociologique portant sur 7000 femmes de 20 à 59 ans tirées au sort en France métropolitaine ; ces femmes étaient contactées par téléphone et répondaient à un questionnaire pré-établi évaluant sur les douze derniers mois puis sur toute la vie :

- les caractéristiques démographiques
- l'épidémiologie des violences dans différents espaces (publics, professionnels, intimes, familiaux...) et des agressions physiques et sexuelles sur toute la vie .

Étaient exclues certaines populations spécifiques comme les SDF, les détenues, les femmes hospitalisées au long cours ou vivant en communautés.

Les résultats ont mis en évidence que 10% de ses femmes avaient connu des violences conjugales sur les douze derniers mois dont :

- 24,2% de pressions psychologiques
- 4,3% d'insultes

- 2,5% d'agressions physiques dont plus de 39% avaient gardé le silence
- 1,8% de chantage affectif
- 0,9% de viols ou pratiques sexuelles imposées dont plus de 65% avaient gardé le silence

L'enquête ne retrouve pas de catégories socio-professionnelles sur-représentées mais les femmes les plus jeunes (20-24 ans) étaient les plus exposées.

Celles qui en parlent en parlent plutôt à leur médecin.

Enfin il en ressort que les victimes ont été quatre fois plus souvent victimes de violences pendant l'enfance.

3) PSYCHOPATHOLOGIE ET VIOLENCES CONJUGALES

Toute tentative de généralisation étant dangereuse et les situations rencontrées étant diverses et complexes ce qui va suivre ne doit être considéré que comme outils de compréhension et doit être mis en perspective avec la clinique et l'histoire des deux protagonistes que représentent les partenaires d'un couple, dont on ne peut faire l'impasse.

3.1- AUTEUR

Je commencerai par évoquer ce qui a pu être théorisé concernant la violence conjugale hors pathologies de type pervers, psychotiques ou psychopathiques, mais n'en 'excluant pas des traits s'y référant (19).

La violence s'associe à des développements psychopathologiques de la personnalité touchant tout ou partie de l'activité psychique, notamment en ce qui concerne les représentations de soi et d'autrui.

Le recours à la violence est légitimé par l'utilisation du clivage, structurel ou transitoire, ou ses dérivés (idéalisation, dévalorisation...) comme mécanisme défensif central.

Les conséquences de ce clivage se traduisent notamment par un affaiblissement du Moi marqué par une intolérance à l'angoisse, une difficulté à gérer ses émotions et une qualité pathologique des relations d'objets internes. À l'origine on retrouve des angoisses d'abandon et d'anéantissement, ainsi que d'importants sentiments de honte et d'humiliation.

Le clivage, associé à l'histoire propre du couple, aux mécanismes interactifs mis en place et aux rancœurs parfois accumulées, peut conduire à une interprétation erronée ou abusive de la situation actuelle qui vient réactiver le souvenir de situations douloureuses ou angoissantes qui ont conduit le conjoint violent à ces modes de fonctionnement.

La condensation entre les représentations relatives aux situations passées et actuelles accroît l'intensité des affects ressentis dans lesquels l'autre peut se transformer en figure persécutrice, justifiant le passage à l'acte violent. Le passage à l'acte est d'autant plus probable que le développement des fonctions cognitives se sera arrêtée ou retardée, que l'intégration des règles morales fera défaut, que la personnalité se sera organisée autour de l'agressivité et du sadomasochisme et que le sentiment de dévalorisation narcissique se sera retournée en sentiment de toute puissance.

La relation conjugale suppose une relation particulière à l'autre car l'affectivité y joue un rôle primordial ; le contexte rend plus facile le laisser aller et la possessivité et la peur de perdre l'autre deviennent vite des enjeux importants renvoyant aux angoisses d'abandon du passé.

Ainsi, ce type de violence peut être compris comme le résultat de processus psychologiques liés à des facteurs de stress ou des facteurs traumatiques généralement retrouvés dans l'enfance, pouvant être associés à un conditionnement social ou familial favorisant le développement et l'expression de sentiments de haine, de rage et d'agressivité, justifiant la violence et niant son caractère inadapté.

L'identification à des modèles parentaux violents, rigides ou défaillants est aussi un aspect important de ce mode de structuration psychologique.

De certaines de ces conditions réunies peut résulter la violence comme mode de résolution des conflits, de maintien ou de reprise du contrôle (du partenaire ou de ses émotions, de ses pensées).

La situation de conflit ou de tension avec le partenaire peut également amener à des sentiments de désorganisation interne et ainsi être perçue comme un danger ou une menace et surinterprétée par le clivage. La violence sera alors le moyen de gérer ce qui devient insupportable.

Mais il existe aussi, indépendamment ou en association, des partenaires violents qui le sont à des fins de restauration narcissique ou de satisfactions sadiques, et qui en éprouveront du plaisir.

Ces processus, et notamment l'utilisation du clivage, trouvent souvent leur origine dans la période de construction de la personnalité et donc sont en lien direct avec les modes relationnels établis par les adultes participant à l'éveil de l'enfant.

Il est souvent retrouvé dans l'enfance, de la maltraitance, physique, psychologique ou encore sexuelle, ou de la négligence, et ces interactions sont d'autant plus destructrices

qu'elles s'exercent sur un être encore immature et qui ne peut ni élaborer ni contenir les affects qu'elles suscitent.

Ceci est aussi valable chez l'enfant exposé à des violences conjugales, car, qu'il soit directement ou non victime de cette violence, celle-ci fait effraction dans son espace psychique et menace son intégrité ; il peut alors s'identifier à l'auteur et à la victime, faisant le lit de la répétition à l'âge adulte.

D'après ces considérations doit on parler de violence ou d'agressivité conjugale ? La psychopathologie est complexe, et encore une fois, non généralisable.

Ainsi, certains auteurs de « violences » conjugales seront plutôt sur un mode agressif : la relation à l'autre est essentiel comme support de restauration narcissique et de satisfaction sadique, tandis que d'autres seront plutôt sur un mode violent : en réaction à la perception d'une menace, la violence n'est autre qu'un moyen de défense à une désorganisation interne.

Cette question en apparence sémantique oblige en réalité à se pencher sur l'histoire conjugale spécifique à laquelle le clinicien est confronté et aux soubassements de la personnalité de l'auteur.

Les violences conjugales touchent tout les niveaux socio-professionnels.

Cependant, sans essayer de catégoriser, certaines caractéristiques se retrouvent plus fréquemment chez l'auteur de violences conjugales :

- **immaturité** : personnalité mal structurée, anxieuse, doutant d'elle même et manquant de confiance en soi, inquiète et tolérant difficilement la frustration.

- **égocentrisme** :

—> type paranoïaque : susceptibilité, méfiance, psychorigidité, tendance à l'interprétation et au vécu de persécution.

Situation clinique : *Mr M. est le père d'une adolescente que je rencontre régulièrement pour un syndrome anxiodépressif sévère.*

La situation est celle de violence conjugale de Monsieur envers Madame, faite de violence psychologique mais également de violence physique et de menaces de mort ; il s'en prend également quelques fois à ses filles, et surtout à l'adolescente que je prend en charge, plongeant toute la famille dans une ambiance d'insécurité et de peur voire de terreur. Madame a déjà initié une procédure de divorce une fois mais compte tenu des représailles et des difficultés financières qu'une rupture engendrerait n'a pas continué sa démarche, ce qui l'empêche toujours aujourd'hui de partir.

Je décide de recevoir Monsieur en accord avec la mère et la fille et en informant Madame qu'elle n'est pas obligée de participer à l'entretien si elle se sent en danger. Néanmoins elle sera présente, peut être pour protéger sa fille, qui cependant se mettra entre son père et sa mère.

Mr M. est un homme physiquement imposant, frustré, et il se montrera très défensif et méfiant tout au long de l'entretien qui sera difficile. En effet, la tension est palpable et très anxiogène, et tous les mots sont pesés par l'ensemble de la famille. Mr M. se sentira très vite persécuté et agressé, utilisant la projection pour rejeter la faute sur sa femme et sa fille qu'il dénigrera, et sera incapable d'une quelconque remise en cause, et de ce fait se montrera aussi sthénique et lui même agressif dans ses propos et dans son attitude, laissant craindre un passage à l'acte nécessitant l'interruption de l'entretien.

Les traits paranoïaques sont dans cette situation assez nets.

—> type pervers : profonde fragilité du moi se manifestant pas un égocentrisme extrême et une forte susceptibilité, un surinvestissement de soi et une absence de prise en compte d'autrui qui peut prendre des formes assez agressives pouvant aller jusqu'à la sadisation de l'autre ; mécanisme d'emprise prédominant. Les violences sont plutôt psychologiques, permanentes (n'évoluant pas par cycle) et insidieuses faites de menaces, coercition, dénigrement et manipulation. Les passage à l'acte physiques sont possibles si le partenaire réagit ou tente de sortir de l'emprise.

- **impulsivité** : irritabilité, tendance à la réactivité voire même à l'explosivité.

- **dysthymie** : fluctuations de l'humeur qui n'atteignent pas le niveau « pathologique » du trouble bipolaire. Les épisodes sub-dépressifs peuvent sous tendre la violence par le vécu anxieux ou de doute, tandis que les épisodes de sub-excitation aggraveront le besoin de domination et de supériorité.

À partir de ces caractéristiques, trois types de profils de personnalité peuvent être dégagés :

- **immaturo-névrotique** : minoritaire chez les auteurs de violence conjugale, ce sont des hommes inquiets, doutant d'eux-même, admettant souvent leurs difficultés, reconnaissant en grande partie les faits qui leur sont reprochés, faisant part d'un mal être, d'une honte. Ils sont parfois capables de demander pardon et s'inquiète de l'évolution psychologique de leur partenaire.

Situation clinique : *Mr R. est une jeune homme de 24 ans qui a déjà entamé un suivi avec un des psychologues de la structure suite à une interpellation et à l'approche d'un jugement pour violence conjugale. Un suivi par le SPIP est également en cours. C'est d'ailleurs accompagné d'un éducateur qu'il arrive en urgence dans les locaux du centre de consultation avec sa compagne suite à une importante dispute avec passage à l'acte violent de sa part. Ne pouvant le recevoir immédiatement je propose un rdv dans la même semaine, auquel il se présente avec retard.*

Ses antécédents sont marqués par un traitement par méthylphénidate dans l'enfance pour un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité et un placement en foyer suite à des violences intrafamiliales ; son père s'est suicidé il y a deux ans et un de ses frères est suivi pour une schizophrénie et est, de ce fait, bien connu du secteur.

D'un niveau 3ème il n'a pas d'emploi ; il vit en couple depuis un an et consomme régulièrement, de manière abusive, du cannabis et de l'alcool et prend de temps en temps de la cocaïne.

Il existe de la violence envers son amie depuis le début de leur relation.

Mr R. ne sait pas expliquer ses passages à l'acte autrement que par « c'est plus fort que moi », « je pète les plombs ».

Il dit être très impulsif et tolérer très difficilement la frustration.

En entretien je retrouve un homme dont la tension et l'instabilité psychomotrice sont d'emblée palpables mais dont l'humeur est profondément triste ; il peut évoquer son anxiété et son sentiment de culpabilité même si la verbalisation et l'expression des émotions lui sont difficiles.

Il reconnaît sans mal la violence dont il est l'auteur mais s'inquiète de ses comportements et des répercussions que ceux là peuvent avoir sur son couple et sur sa compagne.

Il est en demande d'aide, tant ses réactions et ses états émotionnels le débordent et l'angoisse.

Au vu des considérations théoriques et de cette description clinique nous pourrions définir le profil psychopathologique de Mr. R comme « immaturo-névrotique » : c'est une homme anxieux, faisant part de ses doutes, de sa souffrance et son sentiment de culpabilité, reconnaissant sans difficulté la violence et s'en inquiétant quant au devenir de son couple et de sa compagne.

En parallèle nous retrouvons également le facteur de risque que représente la consommation d'alcool et de drogues, abordée plus loin.

- **immaturo-égocentrique** : égosyntones, centrés sur eux-même, reconnaissant partiellement les faits qui leur sont reprochés, se critiquant a minima mais surtout reprochant à leur compagne de les avoir provoqué. Ils ne semblent pas en souffrance de leur comportement et sont donc peu en demande de soins et de suivi.

- **immaturo-pervers** : plus égocentriques qu'immaturo, ce sont des hommes sthéniques, parfois défiants, reconnaissant peu de choses de leur comportement et s'attaquant parfois violemment au discours de la victime, la décrivant comme mythomane, hystérique ou persécutée.

Situation clinique : *Mr J. est un homme de 24 ans que j'ai rencontré à quelques reprises au centre de consultation suite à une obligation de soins pour violences conjugales. Il a d'ailleurs été incarcéré pendant un mois et demi.*

Aucun antécédent psychiatrique familial ou personnel n'est retrouvé mais Mr J., issu de la communauté du voyage, ne sait ni lire ni écrire. C'est son amie qui lit le courrier et gère ses rdv.

Il vit avec sa compagne et son fils d'un an dans une caravane, leurs familles respectives vivant à proximité dans une autre caravane. La famille a pour lui beaucoup d'importance mais il supporte en revanche très mal les « intrusions » de sa belle-mère et la relation qu'elle a avec sa compagne.

Le premier entretien a lieu avec sa femme qui m'explique le motif de la demande de prise en charge, en évoquant les violences conjugales ; Mr J. pendant ce temps là, adopte un comportement nonchalant, immature voire infantile, et provocateur. Il ne reconnaît pas la violence ou du moins banalise, projetant la faute sur sa femme ou sa belle mère.

Je le reçois par la suite seul, au gré de ses convenances. Il lui ait déjà arrivé de se présenter à une autre date que celle initialement prévue, et de se montrer très agressif et exigeant envers les secrétaire, ne comprenant pas pourquoi je ne pouvais pas le recevoir. Les autres fois, en entretien, il apparaissait sthénique, familier, désinhibé, impulsif, immature, séducteur et très projectif, en d'autres termes dans la toute puissance et l'immédiateté.

Jamais je n'ai pu mettre en évidence de capacités d'empathie ou d'introspection, ni de sentiment de culpabilité ou une quelconque remise en question possible.

Cette description se rapproche de celle d'un profil « immaturo-pervers » : sthénicité, agressivité, défiance, immaturité, séduction et défaut d'empathie sont au premier plan laissant aucune place au sentiment de culpabilité et à la reconnaissance des faits dont la cause est rejeté sur sa compagne et plus largement sur la belle famille.

Une étude (20) a mis en évidence que chez les auteurs de violences conjugales le narcissisme vulnérable (besoin d'être approuvé) et l'instabilité de l'estime de soi possèdent une plus grande valeur prédictive de l'agression que les construits plus largement étudiés du narcissisme mégalomane et du niveau élevé d'estime de soi ; cependant nous pouvons nous demander si ces deux dernières caractéristiques ne sont pas l'expression défensive des deux premières, en faisant alors les traits représentatifs d'une même dimension.

Par ailleurs la clinique relationnelle montre que ce sont plus souvent des sujets en difficulté dans leurs capacités d'empathie et qui ont tendance à utiliser l'emprise pour établir une

relation dominatrice totalitaire permettant l'expression de leurs propres aspirations et le silence de celles de l'autre.

Enfin, la consommation de toxiques (alcool, stupéfiants...) est un facteur de risque important de passage à l'acte violent. L'histoire de Mr. F. vient appuyer cette constatation.

Situation clinique : Mr F. est un homme de 25 ans hospitalisé dans le cadre d'un sevrage complexe en alcool, benzodiazépines et traitement de substitution aux opiacés.

Il est hébergé chez son frère, après être parti de sa région suite à la rupture d'avec sa compagne, avec laquelle il a un fils.

C'est un jeune homme dont le contact est facile mais dont le discours reste très superficiel.

L'histoire familiale est marquée par de la violence sévère, une confusion des places et une inversion des rôles, un secret de famille dont il est dans la confidence, ainsi qu'une relation parentale complexe et discontinue ; de plus, son père a déjà fait une tentative de suicide de pendaison mais Mr F. est arrivé à temps pour retirer la corde ; tout cela a contribué à de grandes difficultés affectives et relationnelles. Il a d'ailleurs quitté le domicile parental à l'âge de 15 ans. Depuis lors les contacts avec ses parents sont sporadiques, il a, par exemple, revu sa mère après 5 ans, quelques semaines avant l'hospitalisation. Cependant, la loyauté est forte et Mr. F a toujours eu un rôle de « sauveur » de la famille, en même temps qu'une position masochiste et de victime.

Il ne travaille plus depuis un an après s'être facturé la main accidentellement au travail ; ayant suivi les traces de son père il exerçait en tant que charcutier bien qu'il n'ait pas pu avoir son CAP à cause d'une dispute avec sa mère la veille de sa validation.

Lui même a fait une tentative de suicide par pendaison et intoxication médicamenteuse volontaire après une première rupture avec sa compagne.

Les consommations de produits (alcool, cannabis, opiacés et stimulants) ont débuté très tôt et se sont maintenues avec une aggravation progressive. Depuis la naissance de son fils il est sous traitement de substitution aux opiacés, qu'il mésuse.

Mr. F ne voit plus son fils après que son ex compagne ait porté plainte contre violences conjugales, ce qu'il a toujours nié. Cependant il ressort de son discours que lors des périodes d'alcoolisation - par ailleurs très importantes - il peut se montrer très violent et impulsif mais en en gardant très peu de souvenirs.

On a ainsi pu travailler cela avec lui et lui faire admettre que de la violence conjugale lors des périodes d'alcoolisation était possible.

3.2- VICTIME

Peu d'ouvrages font état d'un profil clinique que l'on retrouverait plus souvent chez les femmes victimes de violences conjugales.

Les caractéristiques seraient différentes selon qu'il s'agisse de violences physiques et sexuelles ou de violences psychologiques (11)

Pour les premières il s'agirait de personnes souffrant plus de troubles anxio-dépressifs ou post-traumatiques avec des conduites addictives (alcool, substances psychoactives ou médicaments).

Les facteurs de risques retrouvés comprennent le jeune âge, l'instabilité professionnelle, le bas niveau socio-économique, la forte prévalence de consommation d'alcool ou de toxicomane chez le partenaire et l'origine géographique étrangère.

Pour les deuxièmes, une étude a été menée (21) sur des femmes consultant aux urgences du CHU de Tours afin de définir le profil clinique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques.

L'âge moyen était significativement plus élevé (43 ans) que celui des femmes victimes de violences physiques (24 ans selon l'enquête ENVEFF). Être une femme issue de l'immigration n'était pas ici associé à un risque accru de violences psychologiques dans le couple. De même les catégories socioprofessionnelles élevées étaient fortement représentées et la consommation d'alcool du partenaire moindre.

Enfin il existait une importante prévalence de consommation de psychotropes, de troubles anxieux et post-traumatiques, de pathologies obstétricales et la plupart avait consulté aux urgences pour une plainte algique sans organicité retrouvée.

3.3- PSYCHOPATHOLOGIE DE LA RÉPÉTITION (19)

En pratique, nous pouvons remarquer qu'il est loin d'être rare que les partenaires d'un couple où sévissent des violences conjugales ont eux même été des enfants exposés aux violences conjugales de leurs parents.

Quels sont donc les mécanismes qui président à cette répétition ?

L'enfant peut répéter parce qu'il cherche à comprendre ce qu'il perçoit et à construire son identité sur le modèle de ses parents, parce qu'il l'apprend comme tel ou encore parce qu'il s'identifie à ses figures d'attachement (nous reviendrons en détail sur la théorie de l'attachement dans un autre chapitre).

3.3.1) Introjection

Le terme d'introjection a été introduit par Ferenczi puis repris par M. Klein (cité par 22) ; elle fonde sa théorie du développement de l'enfant sur deux points essentiels : le dualisme pulsionnel (pulsion de vie, pulsion de mort) et la précocité de ce dualisme. Ainsi, la première année de sa vie, l'enfant, confronté à des expériences satisfaisantes et gratifiantes liées à la pulsion libidinale va introjecter à l'intérieur de lui ces affects positifs liés à un fragment du bon objet (la mère ou plus encore le sein de sa mère), mais, confronté aussi à des expériences de frustration et de déplaisir liées à la pulsion de mort, va projeter sur l'extérieur ces affects agressifs appartenant à un fragment du mauvais objet (toujours le sein de la mère). Se trouvent alors constitués à la fois un bon objet, idéalisé, gratifiant, à l'intérieur du bébé et un mauvais objet persécuteur, à l'extérieur du bébé dont il doit se protéger. Ces mécanismes d'introjection et de projection vont se compléter d'autres mécanismes tels que le clivage, l'idéalisation et le déni par exemple, caractérisant la phase

schizo-paranoïde. Vient ensuite la phase dépressive durant laquelle la mère ne représente plus un objet fragmenté bon ou mauvais mais un objet total à la fois bon et mauvais, ce qui amènent culpabilité et angoisse dépressive en raison de la haine et de l'amour portés à cet objet.

Tant que les bonnes expériences l'emportent sur les mauvaises et que le bon objet n'est pas trop menacé par le mauvais objet, le Moi investi par la pulsion de vie peut accepter ses pulsions destructrices, permettant ainsi l'atténuation du clivage et des autres mécanismes qui l'accompagnent en rendant plus réaliste la perception de l'objet et du Moi de l'enfant. La relation d'objet partiel passe donc à une relation d'objet total où la mère apparaît comme une personne totale, entière sur laquelle le nourrisson fait l'expérience des ses sentiments d'ambivalence.

Dans le cas de violences conjugales, la forte dépendance de l'enfant à ses parents rend difficile leur remise en cause qui serait un effondrement de sa croyance en un système protecteur. Il peut alors légitimer la violence en considérant que c'est de sa faute, il peut introjecter les mauvais objets parentaux en assimilant leurs caractéristiques ; ainsi le mal et la culpabilité sont partie constitutive de son identité.

Certains s'engageront alors dans une position d'agresseur, d'autres dans une position de victime.

3.3.2) Imitation

Selon Piaget et Wallon l'imitation est au coeur des apprentissages ; c'est également un acte constitutif de l'identité. Initialement il s'agira de l'imitation de ses figures d'attachement, lui permettant de se mettre dans la peau de son parent et de ressentir ce qu'il ressent. L'imitation est au coeur des processus d'empathie et d'attachement.

L'enfant peut donc grandir dans une famille où il a appris que la violence est une façon de résoudre les conflits, d'autant plus s'il n'a pas d'autres modèles. Il apprend la contrainte et la force comme modèle de domination et d'obtention des volontés.

La répétition peut également être enjeu d'identité sexuelle, le petit garçon voudrait alors devenir un homme comme son père en est un, ou encore de loyauté aux figures masculines transgénérationnelles.

3.3.3) Identification

Ferenczi le premier, dans son ouvrage « le traumatisme » a évoqué l'identification à l'agresseur comme mécanisme de survie. Au cours d'un événement appelant une détresse majeure la victime va activer deux mécanismes : le clivage, lui permettant de garder une bonne partie en elle et la projection lui permettant de faire sortir ce vécu interne de désorganisation. Mais ces deux mécanismes peuvent s'entendre au sens de processus identificatoire, la victime étant obligée, pour survivre, de se mettre à la place de l'agresseur, et l'agresseur projetant dans la victime les mauvais aspects de lui-même.

Des travaux d'imageries fonctionnelles ont également montré des résultats pouvant étayer ces théories : il est une caractéristique naturelle du cerveau de reproduire ce qu'il perçoit, à condition que l'action perçue soit pensée comme réalisable. C'est le concept de résonance motrice. Lorsque nous voyons une personne réaliser une action le cerveau agit exactement comme si c'était nous qui faisons cette action.

Dans le cadre d'un enfant exposé à la violence conjugale nous pouvons comprendre qu'il puisse être impliqué dans un mécanisme de répétition.

4) LÉGISLATION

4.1- RÉVÉLATION DES FAITS

La victime a deux possibilités pour faire signaler les violences :

- Main courante : simple déclaration auprès d'un service de la police nationale ou à un unité de gendarmerie ne donnant lieu à aucune requête. Un procès verbal de renseignement judiciaire est constitué et les éléments recueillis sont transmis au parquet qui qualifié les faits.

Aucun certificat médical n'est établi.

Cependant, en cas de faits d'une gravité particulière, la main courante, le rapport d'intervention ou le procès verbal de renseignement judiciaire devra être transmis à l'autorité judiciaire même en l'absence de plainte de la victime, et ce le plus précocement possible.

- Dépôt de plainte : soit au commissariat qui transmet au Procureur, soit par présentation au greffe du tribunal citant ainsi l'auteur devant le tribunal correctionnel, soit en déposant auprès du tribunal une plainte en constitution de partie civile pour obtenir l'ouverture d'une information judiciaire.

Si la victime après l'avoir déposé, décide de la retirer, le Procureur de la République peut maintenir sa décision de poursuite.

Dans tous les cas les services de police et de gendarmerie doivent transmettre aux victimes les informations nécessaires : coordonnées d'association d'aide aux victimes, possibilité de se domicilier au lieu de dépôt de plainte...

4.2-SECRET PROFESSIONNEL ET PROTECTION DE LA VICTIME (23)

Le médecin est souvent le premier professionnel auquel les femmes victimes de violences conjugales s'adressent. Mais celui-ci a une place assez complexe entre respect du secret professionnel et devoir de protection.

En effet, d'un côté la violation du secret professionnel est passible d'un an de prison et de 15000€ d'amendes, de l'autre, peut être puni de 5 ans d'emprisonnement « quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui porter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours » (art. 223-6 du code pénal).

L'article 226-14 du code pénal affranchit du secret professionnel les personnes qui y sont normalement tenues, dans certaines situations où les victimes sont vulnérables. Il en est ainsi :

- de celui qui informe les autorités judiciaires médicales ou administratives (Procureur de la République, substitut chargé des mineurs ou conseil général) de privations ou sévices y compris de nature sexuelle dont il a eu connaissance et qui sont infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique.

- du médecin qui, avec l'accord de la victime si elle est majeure, porte à la connaissance du procureur (et à lui seul) les sévices ou privations qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques ont été commises.

- des professionnels de santé ou de l'action sociale qui informent le préfet (et lui seul) du caractère dangereux, pour elles mêmes ou pour autrui, des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté l'intention d'en acquérir une.

Cet article ne prévoit en aucun cas une obligation de parler, mais offre une faculté de le faire ; ainsi le médecin qui parle n'encourt pas les peines de violation du secret et, en principe, celui qui ne parle pas n'encourt aucune responsabilité pour son silence.

Cependant il existe des obligations d'apporter des informations à la justice sous peine de faire obstacle au fonctionnement de la justice :

- existence de mauvais traitements ou privations infligés à des mineurs (art. 434-3)
- connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés (art. 434-1)
- preuve de l'innocence d'une personne détenue provisoirement ou jugée pour un crime ou un délit (art. 434-11)

En pratique, il faut tout d'abord déterminer s'il existe une personne en péril et si ce péril est imminent, c'est à dire actuel. En ce cas le médecin doit intervenir mais pas forcément en révélant une information. Parfois une hospitalisation séparant l'auteur de la victime peut être suffisante. Dès qu'il ne semble pas y avoir d'autres solutions efficaces, le méde-

cin est tenu de révéler les faits soit au procureur soit, lorsque la loi le prévoit, à l'autorité administrative de protection des mineurs.

Dans les autres cas, il garde sa liberté de décider.

4.3- DISPOSITIONS PÉNALES (19)

Ce n'est qu'au début des années 2000 qu'est apparue une réelle prise de conscience de l'enjeu juridique et politique des violences conjugales, et qu'a pu être développée, en France, une législation spécifique aux violences conjugales à l'image de la Suède, de l'Espagne et de Chypre.

Cela s'inscrit dans un mouvement international, et européen de prévention et de répression des violences conjugales.

Concernant le couple et les violences voici quelques repères :

- loi du 12 décembre 2005 relative au traitement de la récidive des infractions pénales

- loi du 4 avril 2006 sur la prévention et la répression des violences conjugales.

—> prise en compte de la nature affective de la relation entre auteur et victime constituant une circonstance aggravante quelque soit la nature juridique et l'actualité du lien.

- loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Extension du suivi socio-judiciaire aux auteurs de violences conjugales et injonction de soins en matière correctionnelle lorsque les violences présentent un caractère habituel.

- loi du 9 juillet 2010 relative aux violences spécifiquement faites aux femmes , aux violences au sein du couple et aux incidences de ces dernières sur les enfants.

—> renforcement de la répression des violences faites aux femmes ou au sein du couple et de l'effectivité des mesures d'éloignement.

—> incrimination spécifique du harcèlement conjugal constitué par des « agissements (comportements ou propos) répétés ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de vie se traduisant par une altération de sa santé physique ou mentale ».

—> incrimination de violences habituelles aux faits commis par le conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS ainsi que les anciens conjoint, concubin ou partenaire d'un PACS.

—> suppression de la présomption de consentement des époux à l'acte sexuel qui ne valait que jusqu'à preuve du contraire

—> prévoit également l'aggravation des peines et l'extension de la peine de suivi socio-judiciaire pour les faits de menaces proférées au sein du couple.

En matière pénale les violences conjugales sont considérés soit comme des crimes soit comme des délits :

- crimes : viols conjugaux, violences conjugales avec torture ou acte de barbarie ou ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, homicides conjugaux.

- délits : toutes autres formes de violences conjugales

Comme il a été dit ci-dessus la qualité de conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS mais aussi ancien conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS constitue une circonstance aggravante en matière de violences.

Sont également retenues comme circonstances aggravantes : violences avec arme, préméditation, violences en état d'ivresse ou sous stupéfiants, qui alourdissent donc la peine.

En outre, la loi prévoit le caractère systématique du suivi socio-judiciaire en cas de violences aux sein du couple ; ce suivi devient obligatoire en matière correctionnelle.

Enfin, le code pénal et le code de procédure pénale permettent également le renforcement des dispositions post-sentencielles, en favorisant par exemple l'effectivité des mesures d'éloignement (évoquées dans la partie 3.4.4) mais aussi le placement sous surveillance électronique mobile. Celui ci peut être ordonné à l'encontre de l'auteur, dont une expertise médicale a constaté la dangerosité, condamnée à une peine privative de liberté d'une durée supérieure ou égale à 5 ans, pour violences ou menaces commises contre son conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS ou ancien conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS, mais aussi contre ses enfants ou ceux de son conjoint, concubin ou partenaire. Sont également prévus l'aggravation des peines applicables en cas de menaces proférées à l'encontre d'un actuel ou ancien conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, la continuité de suivi dans le cadre d'un sursis avec mise à l'épreuve prononcé à la suite d'un contrôle judiciaire, ou encore l'encadrement du recours à la médiation pénale (évoquée dans la partie 3.4.5).

	Violences physiques Harcèlement	Violences habituelles au sein du couple	Violences sexuelles	Menaces
		Rejoignent celles sur les mineurs de 15 ans ou personnes vulnérables	<ul style="list-style-type: none"> - Viol : 20 ans de réclusion criminelle - Agression : 7 ans d'emprisonnement et 100000€ d'amende 	<ul style="list-style-type: none"> - de crime ou délit : 2 ans d'emprisonnement et 30000€ d'amende - de mort : 5 ans et 75000€ d'amende - de mort sous conditions : 7 ans d'emprisonnement et 100000€ d'amende
Ayant entraîné la mort sans intention de la donner	20 ans de réclusion criminelle	30 ans de réclusion criminelle		
Ayant entraîné mutilation ou infirmité permanente	15 ans de réclusion criminelle	20 ans de réclusion criminelle		
ITT > 8 jours	5 ans d'emprisonnement et 75000€ d'amende	10 ans d'emprisonnement et 150000€ d'amende		
ITT ≤ 8 jours	3 ans d'emprisonnement et 45000€ d'amende	5 ans d'emprisonnement et 75000€ d'amende		

Tableau 3 : Conséquences pénales des violences conjugales (adapté de (19))

4.4- DISPOSITIONS CIVILES (19)

La loi du 26 mai 2004 permet à la victime de violences conjugales de saisir le JAF pour qu'il statue sur la résidence séparée du conjoint avant même toute procédure de divorce et permet de déroger au droit commun de l'expulsion, c'est-à-dire que le respect d'un délai de deux mois après décision, le sursis à expulsion pendant l'hiver et le report d'exécution pour motifs particuliers ne sont pas applicables.

Les victimes, au titre de la loi du 3 janvier 1977 sur l'indemnisation des victimes d'infraction pénale ont droit à la réparation des dommages qu'elles ont subi.

Elles peuvent également être hébergées en urgence dans des foyers d'accueil mais aussi être considérées comme prioritaire pour l'attribution d'un logement social.

Ensuite la loi du 9 juillet 2010 substitut l'ordonnance de protection à la mesure d'éviction du conjoint violent ; ainsi « lorsque les violences exercées au sein du couple ou par un ancien conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS mettent en danger la personne qui en est victime, un ou plusieurs enfant, le JAF peut délivrer en urgence à cette dernière, une mesure de protection ».

L'auteur peut aussi avoir interdiction de recevoir, rencontrer ou entrer en relation avec certaines personnes spécialement désignées par le JAF, mais ceci uniquement dans le cadre d'un contrôle judiciaire ou d'une condamnation à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve ; il peut être mis à disposition de la victime un dispositif de téléprotection.

La jouissance du logement ou de la résidence du couple sera attribuée au partenaire ou au concubin qui n'est pas l'auteur et la victime dans le cas d'un hébergement d'urgence,

sera autorisée à dissimuler son domicile ou sa résidence ou encore d'élire domicile chez l'avocat qui l'assiste ou la représente ou auprès du Procureur de la République près du TGI.

Cette mesure de protection est valable quatre mois avec possibilité de renouvellement en cas de requête en divorce ou en séparation. Elle devient caduque si, à expiration du délai de 4 mois, aucune requête en divorce ou en séparation de corps n'a été déposée.

L'absence de conformation à ces obligations et interdictions conduit à la convocation du mis en cause devant le magistrat ou la juridiction compétente et peut aboutir à la révocation du contrôle judiciaire ou à la mise en exécution de tout ou partie de la peine d'emprisonnement ; en outre elle est passible de deux ans d'emprisonnement et de 15000€ d'amende,

Toutefois, il est à noter que le contrôle de la mesure revient le plus souvent à la victime (il existe des situations où l'auteur est placé sous surveillance électronique) et il ne faut pas oublier que l'emprise et la peur sont souvent de mises dans ces situations.

4.5- ORIENTATION DE LA PROCÉDURE

Une procédure ouverte pour violences conjugales peut ouvrir sur trois possibilités :

1) Classement sans suites : affaire non susceptible de suites judiciaires ou affaire poursuivable mais ne devant pas faire l'objet de suites en opportunité (affaire non close)

2) Poursuite en vue d'une sanction pénale

3) Alternatives aux poursuites

Les alternatives aux poursuites seront souvent encouragées afin de ne pas trop alourdir la charge considérable de travail des tribunaux et s'axeront plus sur la prévention que sur la répression.

Sursis à poursuite	Convocation devant un délégué du Procureur	Composition pénale	Médiation pénale	Injonction thérapeutique
Délai durant lequel la survenue de tout fait de violence nouveau entraînerait la poursuite de l'action judiciaire et un rappel à la loi	Réparation de dommages résultant des faits ou orientations vers une structure de soin	Soumission à une ou plusieurs obligations pour infractions punies d'une peine < 5 ans : amende, remise du permis de conduire ou de chasse, réparation des dommages ou réalisation d'un travail non rémunéré, fixation de la résidence hors du domicile du couple	Mise en relation, sous l'égide d'un tiers, de l'auteur et de la victime afin de trouver un accord sur les modalités de réparation et aussi de rétablir un lien et de favoriser autant que possible la non réitération de l'infraction.	Prononcée par la juridiction de jugement s'il est établi par une expertise médicale que le prévenu est susceptible de faire l'objet d'un traitement ; préserve cependant le « consentement aux soins »

Tableau 4 : Alternatives aux poursuites (adapté de (19))

4.6-PROTECTION DE L'ENFANCE (16, 19)

Aux yeux de la loi française l'enfant n'est pas reconnu victime s'il n'y pas de coups portés à son encontre ; la législation sur les violences conjugales délaisse le parent, et donc l'enfant. Nous avons très peu d'éléments spécifiquement relatifs aux violences conjugales et à leur incidence sur les enfants ; ainsi le plus souvent ces situations sont traitées selon le droit commun de la protection de l'enfance, avec la notion de « mineur en danger » : celui dont la santé, la sécurité ou la moralité sont menacées ou dont les conditions d'éducation, de développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

Ceci renvoie à la fois à la charte des droits de l'enfants, adoptées à l'unanimité par les nations unies en 1959 et à la convention internationale des droits de l'enfants, ratifiée par les 93 pays membres des nations unies, sauf les États Unis.

La Charte des droits de l'enfant souligne que « l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, par l'effet de la loi ou par d'autres moyens et qu'il doit pouvoir grandir sous la sauvegarde et la responsabilité de ses parents, en étant protégé contre toutes formes de négligence, de cruauté et d'exploitation ».

La Convention internationale des droits de l'enfant quant à elle engage les États « à prendre les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toutes formes de violences, d'atteinte ou de brutalité physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitement ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou tout autre personne à qui il est confié ».

Seuls le Canada, la Suède et Chypre ont classé l'exposition des enfants à la violence conjugale comme un crime pour abus psychologique.

Cependant, il existe des mesures plus spécifiques aux situations de l'enfant face aux violences de ses parents, sur lesquelles nous reviendrons, et deux textes mettent un point d'honneur au traitement de la situation des enfants exposés à la violence conjugale :

1) Le conseil de l'Europe : la résolution du 12 mars 2010 remarque que « malgré des réalisations essentielles dans le domaine des droits de l'enfant, à tous les niveaux politiques, des mesures plus spécifiques s'imposent concernant les enfants témoins de violences domestiques. Trop souvent il n'est pas tenu compte de leur cas en tant que victimes des conséquences psychologiques d'une telle violence, futures victimes potentielles et maillons d'une chaîne de violence, alors qu'elles pourraient contribuer à identifier des situations potentiellement violentes et à éviter de nouvelles violences à l'avenir ». Le Conseil de l'Europe préconise alors de :

- reconnaître aux enfants le statut de victime secondaire
- prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant témoin de violences domestiques

lorsqu'il faut statuer sur le droit à l'autorité parentale et les relations personnelles de l'auteur de violence avec l'enfant concerné

- promouvoir cette question aux moyens d'approches intégrées et de programmes éducatifs pour les familles afin de prévenir un transfert intergénérationnel de violence et ainsi de futures situations de violence domestique.

2) La convention d'Istanbul (2011) sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.

Elle reconnaît en préambule que « les enfants sont des victimes de la violence domestique y compris en tant que témoin de violence au sein de la famille » ; elle engage ainsi les parties à prendre en compte les droits et besoins de l'enfant et s'assure que les parties prennent les mesures législatives ou autres mesures nécessaires pour que les droits et besoins des enfants témoins soient pris en compte notamment via les conseils psychosociaux adaptés à l'âge et en tenant compte de l'intérêt supérieur de l'enfant.

En France, le JAF peut prendre en considération les « pressions ou violences à caractère physique ou psychologiques exercées par l'un des parents sur la personnes de l'autre », et alors se prononcer sur les modalités d'exercice de l'autorité parentale en tenant compte de la notion de respect mutuel que les membres d'un couple et les parents entre eux se doivent.

Pour rappel l'autorité parentale est définie comme « l'ensemble de droits et devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement dans le respect dû à sa personne. »

Le parent qui se soustrait, sans motif légitime, à ses obligations légales au point de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation des enfants encoure deux ans d'emprisonnement et 30000€ d'amende. Il est également prévu que tout membre de la famille pourra obtenir du JAF une délégation d'autorité parentale sans avoir préalablement recueilli l'enfant.

« Lorsque l'intérêt de l'enfant le commande ou lorsque la remise directe de l'enfant à l'autre parent présente un danger pour l'un d'eux il organise les modalités pour qu'elle présente toutes les garanties nécessaires » ; peuvent donc être décidées :

- remise de l'enfant dans un espace de rencontre qu'il désigne
- restriction du droit de visite et / ou d'hébergement

Le juge peut également prévenir le risque de non présentation de l'enfant par ordonnance d'interdiction de sortie du territoire national d'un enfant ou son inscription au fichier des personnes recherchées par le Procureur.

Enfin, l'enfant du couple peut être entendu auprès du magistrat mais uniquement s'il le souhaite, car cela peut aussi être traumatisant.



La violence conjugale correspond à une dynamique relationnelle basée sur la domination et l'emprise de l'un des partenaires sur l'autre, dans un processus cyclique, amenant ainsi à une relation asymétrique et inégalitaire.

Elle peut toucher toutes les catégories socioprofessionnelles et être de plusieurs types : physique, psychologique et verbale, matérielle, économique, sexuelle ou encore utiliser l'enfant.

En 2000, on estimait que 10% des femmes entre 20 et 59 ans en avait été victimes au cours des douze derniers mois, la violence psychologique en représentant la part la plus importante.

Chez l'auteur on retrouve plus souvent une histoire personnelle difficile dans l'enfance et une consommation de toxiques (alcool, drogues) plus fréquente. Des traits de personnalités se démarquent tels que l'immaturation, l'égoïsme, l'impulsivité et la dysthymie.

Il semblerait exister une différence entre les victimes de violence physique et sexuelle et celle psychologique ; cette dernière toucherait des femmes plus âgées et d'un niveau socioprofessionnel plus élevé.

Cependant dans tous les cas la consommation de produits notamment de psychotropes, les troubles anxiodépressifs et post-traumatiques seraient plus fréquents.

La violence conjugale est au minimum considérée comme un délit et la qualité d'époux (ou ex-), de conjoint (ou ex-), concubin (ou ex-) ou partenaire (ou ex-) lié par un PACS est une circonstance aggravante ; des dispositions pénales et civiles sont prévues à cet effet.

Elle autorise dans certains cas la levée du secret professionnel et la victime peut de son côté en informer les représentants de la loi, soit par le dépôt d'une main courante soit pas un dépôt de plainte.

Quant à la question de l'enfant dans ces couples, elle intervient de plus en plus dans les décisions concernant les conditions d'autorité parentale et de droits de garde, ainsi que, nous allons le voir, les acteurs du champ de la psychopathologie.

III- DU COUPLE CONJUGAL AU COUPLE PARENTAL

1) DÉFINITIONS

La parentalité peut se définir comme l'ensemble des remaniements psychiques à l'oeuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher, l'ensemble des représentations mentales, des affects, des désirs et des comportements en relation avec son enfant, que celui-ci soit à l'état de projet, attendu au cours de la grossesse ou déjà né ; c'est devenir père et mère.

Elle se fonde sur plusieurs types d'interactions :

- comportementales : ce que l'on voit des relations parents-bébé
- affectives : vécus émotionnels et affectifs entre parents et bébé
- fantasmatiques : narration, récit de l'histoire de leur bébé avec les leurs
- biologiques : grossesse
- symboliques : lignage, filiation

M. Maestre (3), dans l'article consacré au couple précédemment cité, termine en considérant la distinction actuelle entre couple conjugal et couple parental, jusqu'à peu regroupés sous le terme de "ménage", la famille étant la finalité. Malgré les transformations, cette distinction demeure floue, dans l'esprit de la plupart d'entre nous.

Les caractéristiques du couple parental seraient les suivantes :

- être parents ensemble, que les enfants soient ceux du couple par filiation ou non

- survit au couple conjugal
- également structuré sur un mythe fondateur ayant pour fonction de donner sens au couple, d'apporter signification à la filiation.
- s'inscrire dans une perspective diachronique en lien avec des problématiques transgénérationnelles, plus fortes que dans le couple conjugal.

La parentalité ne doit pas se confondre avec la parenté, ensemble généalogique auquel appartient chaque membre et qui est régi par des règles de transmission, structuré par des liens complexes d'appartenance, de filiation et d'alliance.

L'alliance et le lignage sont les axes fondamentaux des structures de parenté, en ce qu'ils règlent les héritages (patrimoine transmis par succession dans un lignage) et les échanges, institués entre les différents lignages, à l'occasion des alliances.

2) GROSSESSE PSYCHIQUE (24, 25)

La grossesse psychique invoque tous les processus psychiques à l'oeuvre dans le « devenir parent », lors de la grossesse.

La grossesse est un moment spécifique qui embarque les futurs parents dans un mouvement continu ou se conjuguent passé, présent et futur. C'est une période d'interrogation où l'enfant en devenir ramène au-devant de la scène l'enfant que l'on a été, les parents qui nous ont fait naître et, avec eux, leurs désirs à notre égard.

La période foetale s'inscrit dans la perspective d'une double métamorphose progressive et interactive, celle du devenir parent et du devenir humain.

2.1- DEVENIR PARENT

Devenir parents c'est accepter de s'inscrire dans une lignée transgénérationnelle et repositionner la place de chacun dans la succession des générations.

Le désir d'enfant s'origine au lieu même du désir qui a engendré sa propre naissance, ce projet se chargeant donc d'attentes et de représentations inconscientes.

La période de la grossesse peut être qualifiée de période de « crise », en ce sens qu'elle présente des modifications physiologiques, sociales, relationnelles et psychiques avec la possibilité de réactivation de conflits anciens, rappelant les parents que l'on a eu, l'enfant que l'on a été et la qualité des premiers liens d'attachement.

Quant à l'accession à la paternité, elle dépend également de ces mêmes processus œdipiens : ne pas être l'unique objet du désir de la mère, pouvoir s'appuyer sur une identification à la fonction et à des figures paternelles et prendre la place du père.

La fonction paternelle est avant tout une dimension symbolique, et de ce fait, elle est structurante. Elle assure la tiercéité, ouvre à l'altérité et assure la séparation dans la relation mère-enfant, en interdisant la toute-puissance maternelle de s'exercer sur l'enfant.

Cependant, pour qu'un espace paternel soit possible il faut qu'il soit reconnu et accepté par la mère, c'est-à-dire que le père ne peut occuper cette place que s'il existe une inscription psychique du côté de la mère. Pour cela il faut que la mère ait eu un père incarnant la fonction paternelle.

Cet espace psychique accordé par la mère au père assurant la fonction tierce conditionnera la traversée et la résolution de l'oedipe. En effet, l'accomplissement de la fonction parentale dans le respect des places de chacun, père et mère, permet à l'enfant d'être un sujet à part entière, et permet aux parents de s'éprouver dans leur identité respective et

de résister à l'illusion d'occuper toutes les places, toute puissance dont le tribut à payer est la dilution des identités.

Ainsi, devenir parents permet à l'adulte de revenir sur des questions non résolues dans son développement infantile les regardant sous un autre angle grâce au bénéfice de son expérience et de sa maturation. La parentalité est bien une étape dans le développement du sujet parce qu'elle lui permet de se réaliser à travers elle, ce qui ne signifie pas se réaliser à travers son enfant ; l'enfant n'est pas le miroir de l'adulte, c'est un interlocuteur privilégié qui nous contraint à nous élever.

Cela dépend du type d'investissement parental pour l'enfant ; pour que le parent puisse investir son enfant dans le sens du développement de celui-ci, il devrait pouvoir transformer l'investissement narcissique initial en un investissement objectal c'est à dire donner sens à l'autre en étant disponible pour objectiver son expérience sans interférence intérieure. La poursuite d'un investissement narcissique revient à signifier l'enfant en fonction de ses propres besoins plutôt que de façon objective et donc à le réduire à ce que le parent a besoin qu'il soit ou ne soit pas.

2.1.1) Devenir mère

Les processus psychiques en jeu pendant la grossesse sont pour le moins complexes d'autant plus qu'ils sont singuliers et dépendent de l'histoire de la future mère.

Être parents fait appel non seulement à la mère des premiers temps et à la réactualisation d'un désir oedipien mais aussi au fondement du narcissisme ; la construction de l'identité féminine s'établit sur la base d'un double mouvement, le lien à la mère de la toute petite

enfance et le renoncement au désir oedipien en faveur de la mère. La configuration de la résolution de l'oedipe est le sous-bassement de ce que sera la maternité à l'âge adulte. Pouvoir se penser mère appelle à une référence maternelle. Reconnaître à l'intérieur de soi la mère, est à l'origine non seulement du désir d'enfant mais permet sa concrétisation. Bydlowsky (citée par (24)) énonçait que « en enfantant, une femme rencontre sa propre mère ; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle. »

Lorsque les premiers liens renvoient à un vécu de perte, de carence, d'abandon, de rejet, de maltraitance, d'abus...il est difficile de s'identifier à l'enfant sans rappeler ces événements douloureux. Cela peut soulever des angoisses indicibles, mettre en défaut les mécanismes de défense voire fragiliser les identifications et estomper le sens de la réalité, pouvant être à l'origine de pathologies mentales lors de la grossesse.

Cependant, même si l'expérience de la grossesse est qualifiée par divers auteurs d'expérience proche de la folie et que la frontière entre le « normal » et la pathologique s'atténue, peu de femmes développeront réellement une pathologie psychiatrique. Winnicott (cité par (24)) a d'ailleurs lui-même parlé de cet « état proche d'un état psychiatrique », qu'il appelle « préoccupation maternelle primaire », état de sensibilité extrême qui ouvre sur la capacité de la mère à s'identifier à son bébé ; se développant au cours de la grossesse mais surtout très présente en fin de grossesse elle permet le développement d'une relation intersubjective. La future mère se prépare émotionnellement afin de donner toutes les chances à la rencontre avec son enfant.

La grossesse est également une expérience narcissique, le narcissisme étant supporté par l'image du corps et nourri d'un sentiment de continuité élaboré au fil de sa propre histoire.

En effet la grossesse focalise l'attention sur soi, et l'enfant est alors comme un prolongement de soi ; elle peut être un moment privilégié de restauration narcissique ou susciter le repli narcissique, mais aussi fragiliser le narcissisme si elle est à l'origine d'une rupture avec ce sentiment de continuité. La grossesse sera alors un moment pénible voire menaçant pour la future mère.

Enfin, la grossesse comme la maternité sont faites d'ambivalence, entre amour et haine, que l'on qualifiera de « vitale » au contraire d'une haine destructrice. Cette ambivalence est structurante et salvatrice pour l'enfant comme pour la mère ; elle empêche à l'amour maternel d'être étouffant et mortifère, voire meurtrier. Elle instaure une séparation entre la mère et l'enfant en reconnaissant la différenciation comme essentielle. Elle permet à cet être en devenir d'avoir une place qui lui est propre.

Cependant, vécue avec culpabilité elle peut souvent être tue. Or, ne pas pouvoir penser et/ou dire l'agressivité envers son enfant en devenir c'est risquer que cela s'exprime au travers du corps. Cette part négative nécessite d'être dite et reconnue afin de court-circuiter les effets négatifs engendrés par l'impossibilité de la penser. Pour cela, faut il encore avoir une oreille attentive, respectueuse et bienveillante à qui le dire.

2.1.2) Devenir père

En miroir de la mère, l'homme devenant père va remobiliser les images de son propre père, et la fonction paternelle telle qu'il l'a exercé, mais aussi les liens qu'il a construit avec sa mère.

Cela commence dès l'annonce de la grossesse qui est également l'annonce d'une longue préparation psychologique, d'un travail d'élaboration psychique de la triangulation. En ef-

fet, l'enfant à naître vient s'interposer entre lui et sa compagne, bousculer la dynamique des liens conjugaux instaurés et, par la réactivation de souvenirs et d'affects liés à son passé infantile, tout comme le fait que ce n'est pas lui qui porte cet enfant qui focalise toute les attentions, la grossesse peut appeler à des affects dépressifs ou à des angoisses notamment concernant sa masculinité, pouvant se manifester par des réactions somatiques ou comportementales.

De plus, tout comme la future mère, les sentiments d'ambivalence existent même s'ils sont vécus dans la honte et la culpabilité.

Le futur père va donc devoir à la fois trouver sa place et accepter de reconnaître l'enfant comme sien, ce qui nécessite de l'inscrire dans un lien de filiation mais également l'instauration d'un lien narcissique entre lui et l'enfant.

L'accès à la paternité est donc un moment privilégié de réorganisation psychique permettant une inscription dans l'ordre symbolique et des générations.

Cependant, et on le comprend avec les considérations qui viennent d'être exposées, être père peut aussi faire revivre d'anciennes blessures et provoquer la fuite (quelqu'en soit la forme). La marge est grande entre désir d'enfant déclaré et présence réelle de cet enfant, et la difficulté voire l'impossibilité d'assumer la fonction paternelle n'est pas chose rare, se traduisant alors par l'abandon ou le désinvestissement.

Ces difficultés peuvent aussi prendre la forme de l'agressivité « actée » ; l'agressivité paternelle en soi n'est pas extraordinaire mais la plupart des futurs père vont réussir à l'élaborer et à la transformer. Mais lorsque l'arrivée d'un enfant est vécue comme une menace narcissique, le père peut y répondre par des comportements violents dirigés vers l'enfant et/ou vers la mère qui le porte.

C'est ainsi que l'on comprend que la grossesse est un facteur de risque de violences conjugales.

2.2- LE FOETUS

Les études actuelles attestent des capacités du foetus à interagir avec son environnement résultant des liens entre processus de maturation biologique et évènements liés à l'environnement foetal.

Le foetus perçoit l'environnement grâce à la sensorialité qui se développe très tôt, et non grâce à son intellect. Cette sensorialité lui donne accès à une « préconnaissance » de son environnement.

Il semblerait qu'il existe une relative continuité transnatale axée sur la sensorialité du foetus puis du nouveau né, contribuant au processus d'attachement réciproque parent-enfant.

Le foetus traite et mémorise les caractéristiques individuelles du milieu prénatal ; en particulier les odeurs et les saveurs, découvertes dans le liquide amniotique par les mouvements d'ingestion, de régurgitation, d'inhalation... ont valeur de contenant. Dès le 7ème mois de grossesse, il a une capacité discriminative. de plus : le système olfactif étant connecté aux structures nerveuses impliquant les émotions et la mémoire, on peut émettre l'hypothèse que les souvenirs olfactifs acquis in utero laisseraient des traces mnésiques plus durables que d'autres souvenirs sensoriels.

En contact avec la paroi utérine et son cordon ombilical, la sensation tactile est la première à devenir fonctionnelle, même si elle reste mal connue. Cliniquement on remarque des réactions foetales suite à une pression exercée sur l'utérus ou lors de mouvements maternels. Dès le 4ème mois il répond, recherche le contact et le jeu et ce, en fonction de sa disponibilité et de son état d'éveil. Des études confirment également la sensibilité à la douleur.

En fin de grossesse le fœtus peut aussi différencier les sons complexes et développe un attrait pour la voix maternelle qui bénéficie d'une double transmission, externe et interne, lui permettant de distinguer une phrase identique en fonction de la tonalité émotionnelle si elle appartient à la langue maternelle. Il reconnaît également la voix paternelle.

L'environnement sonore se constitue de bruits appartenant au corps maternel et fœtal ainsi que des bruits externes. Les sons d'une conversation sont transmis et émergent du bruit de fond intra-utérin. La mélodie est préservée et le fœtus est capable de distinguer deux syllabes, phrases, locuteurs, langues, comptines ou morceaux musicaux.

Selon l'intensité du bruit le fœtus y réagit en modifiant son rythme cardiaque et en bougeant ses membres ; il manifeste une capacité d'adaptation et d'habituation aux sons pour autant que sa mère n'éprouve pas d'affects particuliers en présence de ses sons. Il s'habitue et mémorise les sons quotidiens, qu'il préférera entendre après sa naissance.

En revanche, la vue reste inachevée à la naissance et encore mal connue.

Enfin, les futures mères s'interrogent beaucoup sur les conséquences des émotions vécues au cours de la grossesse ; cette question est complexe car elle mêle des aspects somatiques, hormonaux, psychiques et environnementaux. Un lien réel existe entre stress, prématurité, RCIU et modalités d'accouchement ; de même certaines études démontreraient de manière significatives la relation entre stress, anxiété, dépression maternelle et la présence d'altérations neurodéveloppementales chez le fœtus. Un excès d'hormones de stress (cortisol et dérivés) perturbe le bon développement cérébral du fœtus.

Cependant ces propos sont à préciser : il existe une période critique dans le développement où le fœtus est plus réceptif ; ensuite, la sensibilité individuelle du fœtus et les facteurs environnementaux viennent moduler ces considérations.

Ainsi, même s'il existe bien une relation entre le stress maternel et le développement foetal, il n'existe pas de lien déterministe.

3) ARTICULATION DU COUPLE CONJUGAL ET CO-PARENTAL

Dans un article spécifiquement dédié à cette transition, F. Frascarolo-Moutinot (26) remarque que la naissance d'un enfant dans un couple fait apparaître trois nouvelles formes d'interactions en plus du couple conjugal : couple co-parental (interaction des parents à propos de l'enfant) et les deux couples parentaux (père/enfant et mère/enfant).

La transition de couple à la famille serait globalement caractérisée par une diminution de la satisfaction conjugale, une augmentation des conflits entre conjoints et une diminution des échanges positifs entre partenaires.

La tendresse et l'admiration des partenaires l'un pour l'autre seraient deux éléments favorables au couple lors de la transition à la parentalité.

Les résultats de certaines études font état de l'influence du sexe de l'enfant dans l'implication des pères dans l'éducation, mais ceux-ci sont controversés par d'autres études .

Néanmoins il semblerait qu'en cas de conflits conjugaux si l'enfant est une fille le père se désinvestisse plus que si c'est un garçon, ce qui pourrait selon l'auteure exacerber le conflit et expliquer la plus grande fréquence des troubles externalisés chez les garçons dans ces cas.

Plusieurs critères et plusieurs types de modalités d'interaction co-parentale en fonction de ces critères peuvent être établis :

- coopération
- approbation
- complémentarité positive
- compétition
- critique et dispute verbales
- chaleur
- investissement parental

définissant ainsi :

- couples co-parentaux soutenant, non soutenant et non soutenant émotionnel

ou encore :

- couples co-parentaux harmonieux, hostiles-compétitifs et divergents

Signalons d'emblée que dans une relation peu harmonieuse les partenaires ne se sentent souvent pas assez soutenus mutuellement dans le rôle de parents, conduisant à l'inquiétude et à la frustration et au risque de difficultés avec l'enfant, elle-même facteur d'aggravation de l'insécurité et des difficultés relationnelles des parents entre eux.

La personnalité et l'histoire personnelle notamment affective de chaque parent est bien entendu à prendre en compte : ainsi, l'anxiété est-elle un facteur aggravant, conduisant à l'évitement et à la critique en cas de conflit.

D'autres dimensions comme la capacité des pères à prendre en compte le point de vue de la mère et la conception de chaque parent quant à la construction et l'évolution de l'alliance co-parentale et des rôles éducatifs sont importantes à évaluer.

La mesure des désaccords quant aux pratiques éducatives serait un meilleur prédicteur des problèmes rencontrés chez l'enfant que la mesure du conflit conjugal ; par exemple, la conflictualité et la compétitivité dans la première année de vie de l'enfant serait un facteur de risque de troubles du comportement et de faible ajustement relationnel avec les pairs à l'âge de cinq ans, alors que la coopération et la chaleur permettrait une meilleure adaptation socio-émotionnelle ; de même les divergences importantes des parents quant à leur investissement ferait apparaître un niveau élevé d'anxiété chez l'enfant.

En cas de couple conjugal sans conflit notable il est intéressant de noter que la présence des deux parents lors d'une situation de jeu influe sur la qualité des interactions du couple parental : la mère apparaît plus structurante, sous le regard du père, tandis que le père moins et, alors qu'il y a moins d'affects négatifs il y a aussi moins d'engagement de la part de chacun des deux parents.

On remarque qu'en cas de conflit, la qualité de l'engagement du père dans la dyade père-enfant, en l'absence de la mère, n'est pas influencé par le conflit, de même pour la mère concernant la sensibilité aux signes de leurs enfants ; en revanche c'est l'inverse en présence de l'autre.

En France, le couple conjugal est bien distingué du couple parental et nous avons tendance à penser que le conflit ou la violence conjugale peuvent rester circonscrits au conjugal, ce qui, selon moi est difficile en pratique, ce que nous aborderons dans le chapitre dédié à la parentalité et à la violence conjugale.

J-G Lemaire (1) termine également son ouvrage sur le couple en évoquant la place de l'enfant dans celui-ci. Il remarque que parmi les enfants "troublés", on retrouve une grande proportion de couples dissociés ou en mésentente chronique.

Les troubles de la communication au sein de la famille et les doubles contraintes auxquelles l'enfant peut être soumis est à l'origine d'une part de renoncement à sa propre existence psychique, à son propre Moi.

Il précise aussi que des effets pathogènes sur l'enfant peuvent également se rencontrer par des couples en apparence stables et équilibrés. Par exemple, "être" ou "tenir" par l'enfant, survivre grâce à lui s'assimile à un vécu narcissique où l'enfant est une annexe de soi-même, ce qui est une menace pour son autonomie.

De même, l'enfant peut se voir attribuer le rôle spécifique de "bouc émissaire", sur lequel sont projetées les pulsions refoulées ou les menaces vécues par les parents, afin de maintenir la cohérence interne et l'accord entre les deux partenaires.

Enfin, le parent peut se positionner en tant que rival ou encore l'enfant peut être le substitut de ce que le parent n'est plus capable ou se refuse à apporter.

Toutes ces situations peuvent avoir des conséquences psycho-affectives sur l'enfant.

P. Brenot (4) note quant à lui que la contrainte, la mésestime et les malentendus dans le couple peuvent être source de dépression, et évoque alors la dépression masculine qui, sous le masque de l'agressivité, de l'irritabilité et de l'hostilité peut être un facteur de risque de violence conjugale.

Nous pouvons envisager un résumé des facteurs de vulnérabilité de la parentalité avec l'ouvrage de D. Houzel (27), que nous reprenons par la suite, tel que suit :

- Qualité des relations dans le couple parental

- Précarité : l'arrivée d'un enfant vient modifier les ressources, et pour un couple vivant déjà dans la précarité, elle peut transformer de manière péjorative le mode de vie.

Dans ce contexte, les difficultés développementales et cognitives seraient plus fréquentes et les parents seraient plus vulnérable face au stress.

Le mode éducatif serait plus souvent autoritaire, les parents moins disponibles et avec une moins grande capacité à soutenir l'enfant dans les difficultés qu'il pourrait éprouver et celui-ci serait moins stimulé lors des relations précoces.

Enfin, la précarité est un facteur d'insécurité, de stress et de discorde conjugale.

- Violences familiales : on retrouve dans cette situation plus de troubles dépressifs maternels dans l'histoire périnatale et plus de symptômes chez l'enfant, qui développe également plus souvent un attachement inséure.

- Grossesse adolescente

Nous reviendrons plus en détail sur la parentalité dysfonctionnelle plus loin.

4) LA PARENTALITÉ

Didier Houzel propose d'explorer trois axes concernant la parentalité (27), néanmoins indissociables dans la pratique :

- l'exercice de la parentalité, qui touche à son identité
- l'expérience de la parentalité qui concerne ses fonctions
- la pratique de la parentalité, qui renvoie à ses qualités

4.1- L'EXERCICE DE LA PARENTALITÉ

L'exercice de la parentalité peut être entendu dans un sens voisin du sens juridique. Il définit ce qui transcende l'individu, sa subjectivité et ses comportements et correspond donc aussi au niveau symbolique. C'est lui qui fonde et qui organise la parentalité en situant chaque individu dans ses liens de parenté et en y associant des droits et des devoirs. Il préside aux équilibres d'ensemble nécessaires à la vie sociale, familiale et psychique et définit les cadres nécessaires pour qu'un groupe humain, une famille et un individu puissent se développer.

Il renvoie également aux droits et devoirs attachés aux fonctions parentales et à la place donnée dans l'organisation du groupe social à chacun des protagonistes dans un ensemble organisé et notamment dans une filiation et une généalogie.

Au niveau psychodynamique, l'exercice de la parentalité se rattache aux interdits fondateurs du fonctionnement psychique de chaque individu (interdit de l'inceste notamment).

L'exercice de la parentalité peut s'étudier selon deux principaux points de vue :

- anthropologique : les études concernant la parenté ont connu une révolution depuis Lévi Strauss qui en a proposé une approche structuraliste, venant remplacer l'approche fonctionnaliste en cours.

Le fonctionnalisme envisage l'organisation des systèmes de parenté comme directement liée aux fonctions que les parents ont à remplir pour assurer les soins et l'éducation nécessaires à l'enfant, au contraire du structuralisme pour lequel les liens de parenté ne sont réductibles ni à des liens charnels, ni à des fonctions visant la satisfaction des besoins de l'enfant.

Au sein d'une famille trois types de liens sont possibles : liens d'alliance (époux), de filiation (parents enfants) et de consanguinité (fratrie) ; ces liens et les couples qu'ils forment, définissent la structure de la famille nucléaire dans laquelle chacun a des droits et des devoirs.

- juridique : ce point de vue tient une place importante, aussi bien dans l'histoire des systèmes de parenté de nos sociétés que dans leur organisation actuelle.

Les textes de lois concernant les règles de parentalité doivent être compris comme l'équilibre trouvé entre l'histoire et l'évolution des sociétés et le rôle organisateur des règles d'échange et de transmission qu'ils doivent jouer.

Dans le droit romain c'est le lien de filiation qui prévalait, le lien de paternité étant conçu comme lien juridique. Le père avait tout pouvoir pour reconnaître ou non un enfant de son épouse légitime.

L'enjeu essentiel était de transmettre le culte des ancêtres, et en l'absence de fils naturel l'homme pouvait en adopter un pour répondre à cette exigence de transmission.

Les Romains privilégiaient le lien juridique au lien social ou biologique.

L'histoire des sociétés occidentales est marquée par une oscillation entre la prévalence du lien de filiation et celle du lien d'alliance mais également entre la prévalence du lien juridique et celle du lien social.

Dans le droit canon c'est le lien d'alliance qui organise la parenté ; ce sont les liens du mariage chrétien qui fondent la paternité, seul aspect juridique reconnu de la parentalité. Ainsi, la paternité lui est imposée par ce qu'on appelle la possession d'état, donnant au père autorité sur tout enfant vivant à son foyer. c'est à lui de faire la preuve qu'il ne peut être le père de tel ou tel enfant.

Le même principe est reconnu dans le code Napoléon : est père le mari légitime de la mère. cependant, en l'absence de mariage il peut reconnaître l'enfant, première apparition de lien de filiation biologique dans notre droit.

Ce lien de filiation biologique va prendre une importance de plus en plus considérable dans le droit moderne qui doit désormais prendre en compte trois types de liens : lien de filiation juridique, lien d'alliance et lien biologique.

Parallèlement à ces fluctuations du droit de filiation, celui qui concerne les droits et devoirs parentaux a oscillé entre une prévalence donnée à l'autorité paternelle et une prévalence donnée à l'autorité maternelle, pour aboutir récemment à la notion d'autorité parentale conjointe.

Jusqu'au code Napoléon, inclus, l'autorité parentale appartenait exclusivement au père ; la loi de 1889 vient ébranler cette notion, avec l'institution de la déchéance paternelle en cas d'inconduite notoire du père, puis la loi du 4 juin 1970 lui substitue la notion d'autorité parentale commune.

De plus l'augmentation des divorce depuis les années 70 tend, en fait sinon en droit, à favoriser l'autorité maternelle.

Ces oscillations de la législation, suivant plus ou moins les méandres de l'évolution des mœurs ne sont cependant pas sans poser de difficiles problèmes juridiques, sociaux et psychologiques.

Un troisième point de vue peut être abordé, bien qu'au premier abord paradoxal en ce qui concerne l'exercice de la parentalité : le point de vue psychodynamique.

En effet, la psychanalyse a pu mettre en avant que l'organisation de la psyché individuelle ne pouvait se comprendre sans référence au groupe dans lequel elle se développait et que sa structure intime faisait écho à la structure sociale où l'individu se trouve plongé.

Freud a d'ailleurs décrit ces correspondances en plaçant le conflit oedipien comme organisateur du psychisme, en même temps que comme la structure régissant les liens libidinaux et fantasmatiques des membres du groupe familial.

Il a également attribué au mécanisme d'identification aux imagos parentaux la responsabilité de la constitution des instances psychiques.

De même Lacan reconnaît à la famille une base culturelle beaucoup plus que naturelle.

Ainsi, si l'exercice de la parentalité semble par essence sociale et culturelle, il n'en reste pas moins qu'elle fait aussi appel à une dimension personnelle.

4.2- L'EXPÉRIENCE DE LA PARENTALITÉ

Elle désigne l'expérience subjective consciente et inconsciente du fait de devenir parents et de remplir les rôles parentaux. Elle comporte de nombreux aspects dont deux sont particulièrement à retenir : le désir d'enfant et le processus de transition vers la parentalité.

4.2.1) Le désir d'enfant

Plusieurs hypothèses ont été formulées pour comprendre ce qui pousse homme et femme à désirer un enfant.

Le référence au seul instinct semble bien insuffisante même si elle ne doit pas être exclue ; le sens de l'évolution va dans celui d'une complexification des rapports parentaux, tout en conservant, il est vrai, un souvenir des comportements instinctuels.

Cependant, si l'instinct reproducteur est avant tout un « instinct d'espèce », alors il n'est pas plus maternel que paternel. De plus il semble qu'il rende compte d'une infime partie de la réalité en même temps qu'elle la déforme par une conception mécaniste et simpliste des rapports entre l'individu et le milieu.

Freud envisageait le désir d'enfant comme choix d'objet narcissique correspondant aux types de choix d'objet suivants : aimer ce que l'on est soi même, ce que l'on a été, ce que l'on voudrait être et la personne qui a été une partie du propre soi (celle qui a donné les soins) ; mais il l'envisageait également comme s'inscrivant dans la résolution du complexe d'Oedipe.

M. Klein quant à elle fait découler ce désir d'enfant de l'Oedipe précoce, commençant dans le deuxième semestre de vie de l'enfant. Le processus de réparation médié par le père pour faire échapper l'enfant à ses angoisses et à sa culpabilité d'avoir détruit ou endommagé l'objet (la mère) menacé de destruction par la violence de ses pulsions, va introduire dans le monde fantasmatique et libidinal de l'enfant l'objet paternel. Va donc apparaître un fantasme d'union entre les deux parents, ressenti positivement comme réparant l'objet endommagé et préservant le bon lien avec lui. La mère va également permettre de maintenir une bonne relation de l'enfant à son objet paternel.

L'identification de l'enfant à ses bons objets parentaux, unis dans une relation d'amour et de fécondité fonderait ainsi le désir d'enfant chez chacun ces deux sexes.

Un autre point de vue, concernant le désir d'enfant chez la mère est celui de M. Bydlowski (28) : la force du lien originaire à la mère des débuts est au centre de son analyse et elle y voit là un élément indispensable à la filiation féminine. Ainsi, l'élan du désir d'enfant commencerait avec le mouvement d'identification qui lie la petite fille à sa mère. En s'identifiant à cette image, la petite fille désirera son tout premier enfant de sa propre mère. Plus

tard pendant la période de latence, la petite fille s'écarte de ce premier objet d'amour et d'identification et se tourne exclusivement vers son père pour en désirer un bébé. Bien plus tard encore, l'amour sexuel pour un compagnon lui permettra de tenter la synthèse de ces désirs anciens en un projet d'enfant.

Le désir d'enfant chez la petite fille résulterait donc de la combinaison harmonieuse de trois composantes : le désir d'être comme la mère du début de la vie, celui d'avoir un enfant du père et la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme.

Néanmoins, entre temps s'imisce le temps de l'adolescence où la représentation de la mère de l'amour absolu est oubliée au profit de celle de la femme du père. Pour que le désir d'enfant de la petite fille n'avorte pas à l'adolescence, il faudrait que sa représentation d'une mère de la tendresse, celle des commencements, ne soit pas totalement perdue, et cela malgré la découverte de la sexualité de ses parents et de la rivalité maternelle qui a suivi.

Pour les systémiciens, enfin, il s'agirait de dette et de loyauté ; l'ancien enfant devenu adulte, en s'engageant dans un processus de séparation-individuation serait débiteur vis-à-vis de ses parents. Il doit donc par loyauté et pour rembourser sa dette à l'égard de la génération précédente, devenir à son tour un parent créateur en transmettant la vie qu'il a reçu.

4.2.2) Transition vers la parentalité

La maternalité, désignant l'ensemble des processus psychiques se déroulant chez la femme qui devient mère, est celui des pôles de la parentalité qui a été initialement le plus décrit.

Racamier l'envisage comme une crise d'identité comparable à celle de l'adolescence.

H. Deutsch considérait que pendant la grossesse la mère investissait son enfant à la fois comme une partie de son moi et comme un objet extérieur envers lequel elle répète toutes ses relations objectales positives et négatives avec sa mère.

Winnicott, comme nous l'avons déjà vu, parle de la préoccupation maternelle primaire, comme cet état de repli narcissique qui se développe pendant la grossesse, dure quelques semaines après la naissance et a ensuite tendance à être refoulé.

M. Bydlowski a quant à elle décrit la « transparence psychique » des femmes pendant la grossesse, évoquant leur grande perméabilité aux représentations inconscientes et une certaine levée du refoulement, ainsi que leur discours envahi par des fantasmes régressifs et des remémorations infantiles convoquant l'enfant qu'elles ont été et qu'elles vont quitter pour laisser place à une nouvelle identité, celle de mère.

Enfin, D. Stern parle de la « constellation de la maternité », nouvelle organisation du psychisme de la femme qui se développe pendant la grossesse et dure de manière variable de quelques mois à quelques années. Elle comporterait un ensemble de tendances, de sensibilités, de fantasmes, de peurs et de désirs spécifiques. Selon Stern, elle se substitue à l'organisation oedipienne et bien qu'il reconnaisse dans son organisation des facteurs biologiques, il donne la priorité aux influences socioculturelles, aux idéaux et aux contraintes que la culture ambiante impose à la mère.

L'accession à la paternité a été moins bien étudiée ; néanmoins, et nous l'avons vu avec les écrits de G. Bruwier (24) tout laisse à penser que le père traverse lui aussi une crise d'identité avec d'intenses remaniements psychiques.

Le succès de la parentalité dépendrait de l'équilibre d'ensemble entre les différents types d'investissements parentaux : investissement narcissique et objectal de l'enfant par cha-

cun des deux parents, investissement narcissique et objectal dans le fonctionnement du couple, investissements parentaux et conjugal et également équilibre entre rôle maternel et rôle paternel.

L'intégration harmonieuse, dans chacun des deux parents, mais aussi dans le fonctionnement du couple parental, des deux pôles maternel et paternel du psychisme humain joue probablement un rôle fondamental dès le début de la vie de l'enfant. Elle connaîtra ensuite de profonds remaniements au fur et à mesure que l'enfant se développe et que son processus d'individuation progresse.

4.3- LA PRATIQUE DE LA PARENTALITÉ

Elle désigne les tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de l'enfant.

C'est tout ce qui concerne les soins parentaux, tant physiques que psychiques.

Elle pose la question des besoins fondamentaux de l'enfant.

Outre les besoins physiologiques (nourriture, élimination, sommeil), l'enfant a également un besoin de sécurité, d'appartenance et d'affection, d'estime de soi et d'autonomisation, par le biais de la découverte et de l'activité.

Le besoin de sécurité renvoie notamment à la théorie de l'attachement sur laquelle nous reviendrons plus tard.

Les autres besoins s'étaient sur la notion d'interactions parents-enfant, permettant de souligner la part active de l'enfant dans ce processus d'établissement des liens entre lui et ses parents. Cela fait appel aux compétences du bébé, que l'on pourrait décrire comme

les capacités de réactions organisées aux stimulations qu'il reçoit de son environnement et surtout de son entourage.

Ainsi, ses compétences lui permettent, non seulement de recevoir très tôt des informations venant de son entourage, mais également d'envoyer des messages qui vont plus ou moins modeler cet entourage.

Trois niveaux d'interaction ont pu être proposés par M. Lamour et S. Lebovici : interactions comportementales, interactions affectives et interactions fantasmatiques. Ces dernières se réfèrent à l'expérience de la parentalité ; les deux autres en revanche se réfèrent à la pratique de la parentalité.

Les interactions comportementales sont celles qui sont directement observables. Elles concernent les échanges corporels (portage, ajustement postural, dialogue tonique) mais également les échanges sensoriels. La capacité de la mère de s'adapter aux cycles interactifs d'attention-retrait mis en évidence chez les bébés, semble essentielle pour le bon développement de l'enfant.

Les interactions affectives elles, ne sont pas directement observables mais supposent une interprétation de l'observateur notamment sur les sentiments éprouvés par le bébé. Elles représentent un aspect fondamental de la pratique de la parentalité car c'est à travers elles que l'enfant va pouvoir accéder à la sphère de l'intersubjectivité. La mère sert de référence sociale à l'enfant, c'est-à-dire qu'il va chercher dans sa réaction émotionnelle à une situation ambiguë, un indice qui l'aide à en interpréter la signification ; ainsi entre la mère et l'enfant s'opère un « accordage affectif » selon les termes de D. Stern, la mère commentant, bien souvent sans s'en rendre compte, à l'aide d'une autre modalité d'expression que celle utilisée par l'enfant (mais en respectant l'intensité, la chronologie et la forme) un message émis par son bébé qui va permettre à celui-ci de comprendre que son message a bien été reçu intérieurement par sa mère, et alors de développer son empathie et de découvrir l'autonomie de son psychisme et de celui d'autrui.

La pratique de la parentalité est l'aspect des fonctions parentales qui est le plus souvent délégué, soit partiellement soit totalement. Cependant, chaque fois qu'un enfant est confié à un tiers extérieur à sa famille, il faut lui offrir des soins de qualité et surtout une continuité dans ces soins qui est la condition première pour préserver sa santé physique et psychique et lui éviter au maximum le traumatisme de la séparation d'avec sa mère.

5) PARENTALITÉ DYSFUNCTIONNELLE (25, 29)

Plusieurs caractéristiques apparaissant dans l'ouvrage de D. Houzel (27) ont retenu son attention en ce qui concerne la parentalité dysfonctionnelle :

- importance et fréquence des discontinuités dans l'histoire individuelle et familiale des enfants, pouvant être de plusieurs ordres : discontinuité des contacts avec l'un ou l'autre parent, discontinuité dans la composition du couple parental avec de nombreuses ruptures et de fréquents changements de partenaires, discontinuité dans la qualité des relations avec changements brusques d'humeur, grande imprévisibilité voire incohérence, discontinuité dans la transmission généalogique liée à des ruptures avec les générations antérieures voire déni de filiation.

Bien entendu, l'enfant, même dans les meilleures conditions, vit inévitablement des discontinuités dans les relations avec son entourage, du fait même des rythmes biologiques et sociaux.

Cependant, si l'enfant a besoin d'une continuité, il s'agit de la continuité psychique, celle que Winnicott a appelé le « sentiment continu d'exister » (cité par 27). Une discontinuité dans la réalité psychique de l'enfant est inévitablement source de souffrance, de dysfonc-

tionnement voire de pathologie car à l'origine de ruptures non élaborables. Pour tenter d'aider l'enfant à les transformer à l'intérieur de lui en une trame continue, il convient de s'interroger sur les risques d'incompatibilité entre les différents niveaux de temporalité : celle de l'enfant, celle des adultes et celle des institutions.

- imprévisibilité du monde adulte, souvent dans des familles où les parents sont dans l'impossibilité de construire un projet familial ou de mettre en oeuvre concrètement le projet qu'ils imaginent. Ils sont eux même en prise avec des changements imprévisibles dans leur humeur, leur disponibilité psychique, leur investissement ou leurs conduites éducatives. Ce sont les troubles psychiques qui sont responsables du plus haut degré d'imprévisibilité parentale, mais tous les autres facteurs de vulnérabilité, économiques, sociaux ou physiques sont à prendre en compte.

L'enfant a besoin d'une prévisibilité à court terme mais aussi à long terme.

- transmission transgénérationnelle, apportant des éléments inassimilables et constituant autant d'enclaves intrapsychiques, source de souffrance, de perturbation et de répétition tant qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une élaboration et d'une prise de conscience.

Elle se différencie de la transmission intergénérationnelle qui concerne des éléments assimilables, élaborantes, utiles et même indispensables au développement psychique.

- instabilité, tout autant intrapsychique que dans la situation extérieure de l'enfant.

A. Bouregba (29), reprenant les concepts de parentalité de D. Houzel, s'intéresse aux troubles de la parentalité, et c'est son oeuvre que nous reprendrons ici.

Les processus inhérents à la dimension psychologique de la parentalité ont révélé qu'elle pouvait être considérée comme une étape maturative de la personnalité, dont elle implique les fondations narcissiques.

Ainsi, les troubles de la parentalité peuvent être rangés en fonction de leur ancrage initial et nous pouvons les différencier en fonction du réaménagement narcissique impliqué par le processus de parentification, dont les manifestations sont contemporaines au processus, ou des troubles inhérents à certaines dynamiques intersubjectives dont les conséquences sont différées.

Néanmoins il est important de souligner l'extrême porosité de ces troubles les uns par rapport aux autres. Les manifestations d'un trouble de la parentalité peuvent changer et évoluer rapidement. L'interdépendance des parents et de l'enfant dans l'édification du processus de parentification accroît la complexité de ces mutations et justifie que ces troubles ne soient jamais figés.

Mais, quels que soient ces troubles il peuvent avoir pour conséquences au niveau des relations à l'enfant, soit un désinvestissement, soit des comportements d'appropriation.

5.1- TROUBLES DE L'ÉLABORATION NARCISSIQUE

La transition vers la parentalité est source de bouleversement dans le rapport à soi, remaniant ainsi le versant narcissique de la personnalité ; certains troubles de la parentalité sont donc liés à ces remaniements. Ces troubles se basent sur la difficulté du parent à commuer son investissement narcissique de l'enfant en un investissement objectal.

L'impact de ces troubles sur l'expérience de la parentalité s'enracine au cours de la période qui précède la naissance ; il implique le désir d'enfant et l'investissement imaginaire qui motive ce désir ou au contraire y fait barrage.

Deux types de problématiques se dégagent, que nous abordons maintenant.

5.1.1) Troubles déterminés par un état psychotique ou limite

Cette problématique associe l'ensemble des manifestations pathologiques de la conduite parentale consécutives à une pathologie du parent antérieure à l'expérience de la parentalité.

L'imprévisibilité et l'instabilité affective avec possible alternance subite de tendresse et de sentiment de persécution, et les changements brutaux d'attitude qui s'ensuivent sont pour l'enfant une source d'anxiété majeure.

Il semblerait que le parent psychotique éprouve des difficultés, voire soit incapable d'un investissement objectal à partir duquel l'immaturation de l'enfant est suffisamment perçue par le parent pour éveiller en lui un sentiment de responsabilité parentale.

Nous n'aborderons pas davantage ce thème qui s'éloigne de notre sujet d'étude. Cependant il est important de rappeler que le travail en réseau des établissements de soins périnataux, des institutions de protection de l'enfant et des services psychiatriques permet une optimisation des prises en charges précoces de l'enfant et des parents dans ces situations et un accompagnement de l'expérience d'être parent, respectueuse de l'intérêt de l'enfant et du droit de toute personne à être parent.

Je m'arrêterai en revanche plus longuement sur l'état limite, qui peut intervenir dans le cadre de ce travail, notamment par ce qu'il peut amener de conduites addictives, d'accès de violence et de sentiment d'incomplétude narcissique ; ce dernier, souligné par Berget, se fixerait sur une intolérance aux frustrations, la peur de la perte de l'objet d'amour, les préoccupations corporelles. Le besoin d'agir sur la réalité extérieure serait appelé au

secours des défaillances de la réalité interne et du risque dépressif. Ainsi, la quête de réparation du parent peut le conduire à parentifier son enfant, ce qui est incompatible avec la prise en charge des besoins du nourrisson et de ses manifestations spontanées. Cette incompatibilité peut se traduire par un sentiment de persécution vis-à-vis de l'enfant.

Le caractère morbide de leur comportement et de leur attitude est souvent imperceptible pour leurs enfants qui peinent davantage que les enfants de parents psychotiques à mettre à distance leur parent et à se soustraire à leur emprise pathologique.

Quant aux conduites addictives, facteur de risque de violence conjugale, ce qui peut être mis en évidence c'est la relation particulière au corps, qui n'est pas lieu d'existence mais objet d'expérience, chosifié et utilisé afin de faire barrage à l'anxiété et à la dépression. Ces comportements traduisent l'échec des processus d'introjection à la base du processus identitaire et subséquemment la difficulté à incarner le moi, alors clivé. Le clivage du moi et la chosification du corps sont à rattacher à une origine commune explicative de la terreur qui assaille le sujet dès qu'il perçoit en lui un lien de dépendance à autrui. Cette dépendance n'est menaçante que dans la mesure où elle fait écho et prolonge l'attachement initial au premier objet. Quand cet attachement a été faillible, l'immanence de la perte se commue ultérieurement en crainte de toutes dépendances affectives ; ainsi le sujet va-t-il élaborer des conduites de mise à distance qui lui assure la sécurité. Quand la relation à l'objet primitif a généré des angoisses d'anéantissement persistantes et irrésolues, il s'efforce d'avorter son désir en le ramenant à un besoin. L'addiction équivaut ainsi à une tentative d'effacement des liens de dépendance et à une recherche pernicieuse d'indépendance psychique et de plaisir autonome. La dépendance à un produit se substitue à la dépendance affective, vécue comme menace et source de frustration. La substitution du besoin au désir exerce une forte emprise sur le sujet car elle le libère d'une dépendance primitivement vécue sur un mode dépressif. Par ailleurs, elle lui permet la maî-

trise de l'objet. L'utilisation de son corps propre est en continuité fantasmatique avec les manipulations de la mère primitive dont il attendait qu'elle satisfasse ses besoins et ultérieurement ses désirs. Les propos du sujet se rapportent souvent à des images parentales envahissantes et seule la quête du produit lui permet d'éprouver momentanément son autonomie psychique et suspend la fascination exercée par ces imagos.

En même temps, ce refus de dépendance affective dans la dépendance au produit et cette quête de liberté et d'autonomie est illusoire et échoue, car, de part l'inquiétude ou les difficultés financières ou judiciaires que de telles conduites appellent, elle ne lui permet jamais l'autonomisation et la séparation d'avec les parents ; ainsi les conduites addictives, dans une perspective plus systémique, peut faire appel à la théorie du double lien, où la séparation est impossible.

Les conséquences sur la parentalité sont importantes. La chosification du corps par exemple, peut, au cours de la grossesse, être source de négligences avec retard dans la surveillance prénatale et faible observance aux recommandations médicales.

De même, le processus d'introjection à l'origine de l'expérience de la maternalité est entravé et le mode de fonctionnement maternel est rendu essentiellement opératoire, ce pourquoi la qualité des soins apportés à l'enfant peut être irréprochable alors même que celui-ci n'est pas investi narcissiquement par sa mère qui a une bonne perception des besoins objectifs de l'enfant mais une difficulté à les éprouver subjectivement. Ces mécanismes vont compromettre les relations précoces qui peuvent évoluer vers une instrumentalisation de l'enfant : la mère satisfait les besoins physiologiques de son enfant, le regarde mais lui dénie une attente de symbiose et de fait son existence psychologique. Parfois ces relations feront barrage à l'activité psychique de l'enfant et aux points d'amorce de son identité. Il arrive que la mère assigne l'enfant à différentes missions ; notamment dans son discours il se limite souvent à une motivation lui permettant de dépasser son errance

psychique et sociale et, inconsciemment, elle le réduit à un substitut maternel voire à une figure mêlant imago maternel et paternel. L'attente inconsciente fait cohabiter la crainte de la dépendance à la figure d'attachement et la quête d'un objet imaginaire susceptible de satisfaire l'attente d'un assujettissement heureux aux désirs de la mère. Cette tension intérieure conduit certaines mères à sacrifier l'enfant à leur recherche d'indépendance, d'autant plus qu'elles lui auront dénié une activité psychique autonome.

Le défaut de capacité introjective va entraîner la prééminence de l'identification projective de la mère vis-à-vis de son enfant. Cette occurrence est peu favorable à la reconnaissance par la mère d'un tiers nécessaire à l'enfant, ce qui peut encourager l'éviction du père ou la scission paternité / engendrement.

L'exclusion du père peut néanmoins être enrayée si le couple est lui même construit sur un mode dominé par les identifications projectives ; ils pourront tous deux partager le même objet mais il leur sera difficile de produire de la différenciation entre autre celle des sexes et des générations, pourtant nécessaire à la construction psychologique de l'enfant. De telles configurations évoluent souvent vers une dynamique pathologique avec parfois des violences intrafamiliales.

Situations cliniques

Mme H. est une femme de 40 ans rencontrée dans le cadre d'une incarcération suite à une condamnation à 15 ans de réclusion criminelle pour le meurtre de son ex conjoint. Mme H. est la 3ème d'une fratrie de 12 et l'aînée des filles. Elle est née au Mahgreb et est arrivée en France à l'âge de 6 ans pour regroupement familial. Elle décrit un contexte familial difficile, marqué par de la violence aussi bien conjugale qu'envers les enfants, l'alcoolisme paternel et une éducation très stricte où « si t'es une fille t'es rien », mais qu'elle légitime par l'origine ethnique et les coutumes associées. L'attachement à la mère semble ambivalent voire paradoxal, le discours de Mme H. laissant transparaître une certaine distance affective de la part de sa mère vis-à-vis d'elle.

Après une scolarité normale jusqu'en 5ème, elle est placée en foyer, à sa demande, du fait des violences subies, et bénéficie par la suite d'une prise en charge en centre d'orientation et d'action éducative. Peu avant 16 ans elle fugue dans le pays frontalier et aurait intégré des réseaux de prostitution en même temps qu'elle commence à consommer des

substances psychoactives (cocaïne, héroïne et cannabis) et aurait réintégré le domicile parental vers 25 ans, son père n'étant « plus le même homme, il avait pris de l'âge et avait arrêté l'alcool ».

Parallèlement, vers 19 ans, alors qu'elle est encore dans les réseaux de prostitution, elle rencontre le père de sa première fille actuellement âgée de 18 ans et vivant chez lui. Elle se sépare rapidement « à cause de ma belle mère ». Elle se marie ensuite à 24 ans, au Mahgreb avec un homme qui se révélera vite être un homme violent, la soumettant à ses moindres désirs. Un an plus tard elle quitte le pays pour retourner en France, enceinte de sa 2ème fille, actuellement âgée de 14 ans, vivant chez la mère de Mme H.

Elle reste ensuite seule pendant 10 ans mais est incarcéré 3 ans 1/2 suite à plusieurs condamnations relatives à des activités de racolage. À sa sortie elle rencontre un homme de 20 ans son aîné, alors qu'elle est enceinte de sa dernière fille, issue d'une relation qu'elle a eu lors de son incarcération, et se marie, sous la contrainte de son père, moins d'un an après. Cet homme reconnaîtra sa dernière fille, âgée à ce jour de 5 ans et qui vit chez la mère de Mme H.

Leur union mènera à une séparation au bout de quelques mois, liée aux violences de son conjoint, qui garde néanmoins des droits de visites pour la petite. Alors qu'elle est en instance de divorce elle commence à fréquenter un autre homme, lui aussi de 20 ans son aîné.

C'est lors d'une dispute avec son ex mari, jaloux de sa nouvelle relation, et la menaçant d'un couteau, qu'elle même s'en empare d'un et le tue, sans intention de le faire.

Au moment des consultations Mme H. ne consomme plus de produits psychoactifs et est sous traitement de substitution aux opiacés.

Elle parle des ses filles comme de « ma priorité », et évoque les soins prodigués, les activités au parcs, à la piscine... Cependant, elle paraîtra très détachée affectivement, laissant plutôt une impression de « façade », et de non investissement réel dans la vie de ses filles. Le besoin de réparation semble très fort et l'identification projective effectivement au premier plan, mais Mme H. n'a finalement pas réussi à sortir d'un schéma de répétition morbide.

Mme D. est une jeune femme de 30 ans que je rencontre également dans la cadre de son incarcération pour vol.

C'est une femme qui d'emblée apparaît physiquement marquée par la consommation de drogues et surtout d'alcool, depuis une dizaine d'années.

Elle fait régulièrement des séjours en prison pour le même motif ou en lien avec ses consommations.

Elle est cependant parallèlement suivie par l'équipe de CSAPA mais elle mésuse de la méthadone., qu'elle a par ailleurs à assez haute dose.

Elle évoque un parcours chaotique avec une « descente aux enfers » progressive mais rapide, entre 20 et 23 ans.

Elle parle très peu de ses parents, auxquels elle a confié précocement la garde de son unique fille, si ce n'est pour dire sa culpabilité et sa dette envers eux. Elle se dévalorise et a une très mauvaise estime d'elle même.

Elle vit dans la rue avec des hommes, dont un est son compagnon, qui, comme elle, passent leur temps à consommer de l'alcool ou des drogues et à se taper dessus. Elle même est fréquemment victime de violence de la part de son compagnon.

Elle présente une nette désorientation temporelle avec une impression de temps figé et de refus de vieillir.

Les affects sont émoussés et dominés par un vécu dépressif et abandonnique, apaisé par ses consommations (ce qui fait probablement que nous y avons accès en prison). Les capacités d'empathie et d'affection semblent très limitées et concernant l'expérience de la parentalité, à part que « c'est ma fille qui me fait tenir », apparaît vide, et peut être même effrayante, ce qui peut expliquer le fait qu'elle est confiée très tôt sa fille à ses parents.

Les situations de ces deux femmes rencontrées en maison d'arrêt, exposent comment la structuration limite de la personnalité peut interférer avec la parentalité.

Le diagnostic de pathologie du narcissisme et notamment d'état limite ne laisse que peu de place au doute : instabilité relationnelle et affective, rapport au corps obligeant à sa chosification (ici dans la consommation de toxiques et la prostitution), utilisation du clivage et de la projection, impulsivité et consommation d'alcool et de drogues.

La maternité, dans le cas de ces deux femmes, peut être entendue comme tentative de complétude narcissique, l'enfant n'ayant pas d'existence propre dans l'imaginaire de la mère. Le père a rapidement été évincé et dans les deux situations les difficultés d'accès à la parentalité a obligé l'intervention d'un tiers (les grands parents ou les services sociaux).

5.1.2) Troubles provoqués par le remaniement psychique au cours de la grossesse

Il s'agit de l'ensemble des manifestations de crise accompagnant la grossesse et la naissance.

On y retrouve la dépression du post-partum et la psychose puerpérale.

Elles peuvent être assimilées à des réactions inhérentes aux bouleversements psychiques induits par l'expérience de la parentalité elle-même.

La maternité peut actualiser des vécus traumatiques ou des angoisses d'abandon comme elle peut accélérer un processus pré-psychose.

L'intensité des bouleversements psychiques, lors de la grossesse et de la naissance explique comment des vécus de perte, de rupture ou d'anéantissement peuvent ressurgir. Cette actualisation peut entraîner dans certains cas un tel effondrement narcissique qu'elle entrave le processus de parentification.

De même, des vécus de perte ou de rupture, mais aussi de précarité sociale contemporains à la grossesse ou à la naissance peuvent aussi mêler leurs effets aux bouleversements narcissiques en jeu dans l'expérience de la parentalité et fissurer la personnalité au point de précipiter un effondrement psychique.

Du côté du père, la grossesse implique une réorganisation de l'image de soi et du réseau identificatoire intergénérationnel. Ce remaniement narcissique, tout comme il le fait pour la mère, ouvre des brèches dans la structure psychique du père, qui tendent à produire de la mise à distance se manifestant dans la difficulté à se représenter sa tâche ou dans un manque d'intérêt. Ces signes peuvent être interprétés comme un désengagement de la part du père mais il semble que dans la mesure où ce remaniement menace de fissurer ses défenses psychiques, il peut inhiber ou contrarier sa faculté de penser et de se représenter et laisser la porte ouverte aux passages à l'acte. Ces passages à l'acte constituent de nouvelles productions défensives comme celles qui, chez la mère, conduisent à la dépression du post-partum. On notera ainsi des fugues, des conduites addictives, des tentatives de suicide, des relations extra-conjugales mais aussi, l'apparition de violences conjugales. Cet ensemble de passage à l'acte serait réactionnel à des conflits d'ambivalence inconscients, plutôt de nature oedipienne, là où ceux de la mère seraient plutôt liés au fantasme d'une mère primitive toute puissante. En effet, devenir père équivaut à prendre la place du sien et l'annonce de la paternité peut être vécu comme celle de leur transgres-

sion, mais l'évitement de la pensée libère l'acte de l'intentionnalité et favorise justement les transgressions.

Cependant un tel mécanisme peut aussi apparaître en réaction à la réactivation de vécus traumatiques (carences, sévices...), mais cela semble moins prégnant que dans l'expérience de la maternité qui est en plus une expérience physique, là où la paternité l'est plus dans le domaine du symbolique.

L'affaissement du père l'empêche de devenir une expérience conceptualisante susceptible d'introduire des éléments de différenciation chez la mère, à l'origine de la triangulation.

Cela peut avoir pour conséquence d'isoler la mère et l'enfant dans la relation dyadique, ce qui fragilise en retour le processus de maternalité.

5.2- TROUBLES DIFFÉRÉS OU STRUCTURELS

Ces troubles de la parentalité peuvent être silencieux au cours des premières années de la vie de l'enfant mais pourront avoir des conséquences parfois lourdes sur son développement ; ils déterminent une structure et une dynamique du groupe familial propices à la désorganisation et aux violences. Ils sont exclusivement induits par le processus de parentification et s'identifient donc à des affections psychopathologiques spécifiques, appelant aux altérations du mécanisme intersubjectif en jeu dans l'élaboration de la paternité et de la maternité et à la mise en relation des attentes et investissements imaginaires maternels et paternels.

Les structures pathologiques capables de dominer le modèle de fonctionnement parental peuvent être rapprochées soit d'un pôle constitué par le modèle pervers soit d'un pôle constitué par le modèle paranoïaque.

5.2.1) Modèle pervers

La structure perverse, dans l'élaboration des processus de parentification, abolit l'opposition et la complémentarité des sexes dans les rapports à l'enfant, alors même qu'elles sont à l'origine de la dialectique à partir de laquelle les processus de parentification s'étayent. Certains pères sont incapable de créditer leur conjointe d'une image de mère suffisamment bonne. Ils présupposent inconsciemment que l'enfant est en danger dans les bras de sa mère ; ce danger est fantasmé à partir d'une identification projective où le nourrisson est identifié à celui qu'ils ont été. Revient alors l'image d'une mère inexpressive, absente ou imprévisible, comme peut l'être une mère déprimée par exemple. L'intégration de la permanence psychique de l'objet et du moi du nourrisson est alors perturbé et par la suite, l'image interne de l'objet restera sous l'influence d'un sentiment d'insécurité et d'angoisse d'abandon. Chez certains enfants cette disqualification de l'image de la mère est accentuée dès lors qu'elle a été victime d'un conjoint violent ; l'image de la mère a alors été doublement atteinte et discréditée comme base de sécurité. Chez ces hommes devenus pères, devant investir leur compagne de leurs représentations internes de la maternité, s'actualisent des empreintes anxieuses et menaçantes.

Ainsi, certains que la mère est une menace pour leur enfant ces pères tendent à se substituer à elle. La mère se sent alors disqualifiée si elle ne trouve pas auprès de son conjoint le regard capable de lui indiquer la place et le rôle qu'elle devrait occuper et se fige dans des états anxieux incompatibles avec les besoins de son enfant et les craintes de son conjoint sont avérées dans le réel. La suspicion du père a pour effet de différer les réponses de la mère aux sollicitations de son nourrisson ; l'enfant quant à lui ressent douloureusement ces retards et finit par réagir de façon hostile à la présence de sa mère, qui elle même peut finir par se sentir persécutée par son enfant et s'en éloigner, s'en désinté-

resser voire réagir agressivement. Elle va ensuite instituer son conjoint comme étant le dépositaire des exigences normatives concernant son enfant et son lien avec lui.

Si le père est enclin à se substituer à la mère, c'est qu'il était par ailleurs préparé aux effets narcissiques de cette substitution, faute de trouver en lui les ressorts de légitimité à occuper une position paternelle. Ce défaut de légitimité peut être entendu comme le résultat d'un double discrédit : le père peut n'avoir pas été crédité du droit de l'être par son propre père, insuffisamment investi comme fils, mais la mère peut aussi avoir fait barrage à l'accès du père au sentiment de sa paternité et à la légitimation qui le soutient.

Le système familial s'organise à partir d'une séparation opposant la mère d'un côté et, de l'autre, le père et son ou ses enfants. Dans une telle organisation les enfants se trouvent souvent plus proches de leur père que de leur mère, avec entre eux une complicité que stimule l'éloignement de la mère.

La prévalence de la détermination symbolique dans l'expérience paternelle fait ici défaut et le père est tenté d'éprouver dans la réalité les liens qui l'unissent à l'enfant ; ce type d'organisation familiale est donc un facteur de risque de passage à l'acte incestueux. Le passage à l'acte incestueux d'un père sur son enfant transgresse l'ordre générationnel et annule la position parentale et le principe filiatif sur lequel repose la paternité. Il équivaut à une aliénation de l'enfant au désir et au manque de son parent, et s'oppose à la dynamique de rattachement de l'enfant à un groupe d'appartenance familiale et communautaire inhérente à la fonction paternelle. L'aliénation de l'enfant à soi et son appropriation confinent à la négation de tout autre lien susceptible de relier l'enfant à un autre que soi (dont l'autre parent).

Situation clinique : Anne est une jeune fille de 13 ans rencontrée au cours de son hospitalisation pour une anorexie mentale, suggérée au père par l'équipe médico-socio-pédagogique de son collège.

Les troubles remontent à environ 1 an 1/2 : ayant quelques kilos en trop depuis qu'elle est petite, ce qui a été source de moqueries, commençant à avoir quelques formes (les premières règles sont arrivées concomitamment) et n'étant pas « comme ses copines qui sont minces », elle commence un « petit régime ». Elle retire d'abord quelques aliments « gras » et se restreint ensuite sur le gouter puis élimine de plus en plus d'aliments jusqu'à ne plus ingurgiter que quelques morceaux de pommes et un yaourts par jour ; le processus semble avoir été accéléré par une rupture sentimentale. Au total elle a perdu 20 kg jusqu'à ce que nous la rencontrions.

Elle est scolarisée en 5ème avec d'excellents résultats et semble avoir beaucoup de copines.

Elle vit avec son père depuis qu'elle a 4 ans et depuis un peu plus de 2 ans celui-ci s'est remis en ménage ; devant les tentatives infructueuses d'avoir des enfants, sa compagne et lui se sont tournés vers la PMA, qui permettra la naissance de jumelles quelques mois plus tard.

Ses parents se sont séparés quand elle avait 4 ans, Monsieur ayant mis Madame à la porte suite à des infidélités. Il décrira une femme par ailleurs « folle », en proie à des « crises d'hystérie » et des agressions vis-à-vis de lui. Nous ne recevrons jamais cette mère car Anne refuse qu'on la prévienne de son hospitalisation et qu'elle habite à des centaines de kilomètres, à l'autre bout de la France. Monsieur ne se cache pas de discréditer Madame devant sa fille, évoquant son incompetence à être mère et son choix de « s'amuser, de fumer (du cannabis) et d'aller voir ailleurs au lieu de s'occuper de sa fille ». De ce fait Anne ne voit sa mère qu'une à deux fois par an et généralement pendant les vacances d'été, mais Monsieur nous dit qu'elle est « infernale » quand elle revient de chez sa mère. Les deux parents ne communiquent plus du tout et ils semblerait même qu'Anne n'est pas eu de nouvelles du tout de sa mère de ses 6 à 8 ans. De plus la nouvelle compagne de Monsieur est paraît-il « très jalouse » et refuse qu'il communique avec quelques membres que ce soient de son ancienne belle famille. Plus tard, après son hospitalisation - s'étant tue durant toute la durée de celle-ci, jurant son amour pour sa belle-mère et dressant un tableau idéal de la situation - Anne nous évoquera les difficultés rencontrées avec cette femme, les violences à la maison quand celle-ci rentre alcoolisée ou qu'elle et son père rentrent de boîte de nuit. Elle raconte les insultes et les menaces proférées par sa belle mère à son encontre et le sentiment d'avoir été abandonnée par son père qui l'idéalisait jusque là. « J'étais sa princesse même s'il s'occupait pas beaucoup de moi ; il était déprimé et pleurait ma mère. Je l'ai vu triste et ne pas manger pendant plusieurs années. Si j'avais pas été là il ne serait plus là. J'avais toujours peur qu'il fasse une bêtise quand j'étais pas là. Je voulais qu'il rencontre une femme gentille, douce et stable, mais pas elle. Ma mère ? ... Pff je sais pas, je l'aime pas. J'aime bien aller chez elle parce que je retrouve mes copains d'été mais c'est tout. »

Monsieur nous fit part de son histoire personnelle. Deuxième d'une fratrie de 6, il a très tôt souffert d'asthme suffisamment grave pour justifier un placement en maison d'enfant à la

montagne qu'il n'a pas eu le temps de comprendre. Il a donc précocement vécu une rupture familiale et notamment d'avec sa mère, à qui il en a voulu. Il s'est senti exclu et non valorisé. C'était « le malade, le fragile » de la fratrie. Il n'a par la suite jamais retrouvé le lien originaire avec sa mère. Quand à son père il en dit peu de choses si ce n'est que « c'était un militaire ».

Il rencontre la mère de sa fille à 22 ans alors qu'elle en avait 20. S'ensuit une période passionnelle et rapidement l'annonce de la grossesse, pas vraiment attendue. Monsieur est fou de joie, Madame un peu moins. Elle rêve de liberté et de grands espaces et n'aspire pas à être une mère de famille. Tout ceci sera confirmé plus tard dans le suivi (après l'hospitalisation) par une lettre que Madame adressera à sa fille qui nous la rapportera. La grossesse se passe néanmoins plutôt bien mais c'est peu après la naissance que tout se complique. Monsieur pris rapidement la place du père et de la mère, croyant la mère incapable d'assurer son rôle et ne lui laissant finalement aucune place. Madame déjà fragile et incertaine sur ce plan là, ne se bat pas pour se faire sa place et laissera donc le couple père-fille en tête à tête, ne résistant ni à la mise à la porte de Monsieur ni à son départ impromptu avec sa fille pour une autre région beaucoup plus lointaine, où se trouve ses parents à lui et chez qui ils vivront quelques temps le temps de trouver un logement. Monsieur quitte alors son emploi et se trouve au chômage, qui durera plusieurs années de dépression. Pendant ce temps les liens père-fille demeurent ambigus et l'on peut même dire incestueux - sans passage à l'acte -. La mère est absente et le lien mère-fille est très précaire, précarité renforcé par le discours du père.

Quant à la mère, aînée de 3 filles elle a grandi dans une famille où régnait la violence intrafamiliale et la soumission féminine. Très vite elle s'est évadée dans le domaine artistique et n'en est plus sortie. Elle raconta très bien le lien entre Monsieur et Anne et son exclusion de cette dyade symbiotique. Elle dira son sentiment de culpabilité et de dette, mais sa fille n'a rien répondu et ne voudra finalement plus la voir. La séparation d'avec le père et l'individuation sera très difficile mais elle finira par partir en internat et s'en sortir tant bien que mal.

À mon sens, cette histoire illustre bien ce que peut être le modèle pervers d'une parentalité dysfonctionnelle.

Ici, le père d'Anne a été incapable et reste incapable de créditer son ex-conjointe d'une image de mère suffisamment bonne, à même de répondre aux besoins de son enfant. Celle-ci, doutant déjà de pouvoir exercer son rôle de mère de manière adéquate, n'a pas pu infirmer les craintes du père qui s'est alors rapidement substitué à elle. Dans l'histoire de ce père on peut se demander quelle image de la mère a été introjectée, alors même qu'enfant il a rapidement été placé en maison d'enfant suite à ses problèmes de santé : absente ? rejetante ? abandonnante ?

Quant à son propre père il lui a renvoyé une image de lui même très péjorative : un petit garçon « malade », « raté », « imparfait », ne lui donnant pas légitimité à être père.

Dans cette configuration s'est très vite installée une séparation mère / père-fille, la mère laissant la place au second couple, favorisant un lien incestueux, sans qu'il n'y ait pour autant aucun passage à l'acte.

5.2.2) Modèle paranoïaque

La structure du groupe familial, induite par un fonctionnement paranoïaque, oppose d'un côté la mère et l'enfant et de l'autre le père qui soumet les premiers à son désir. Le père refuse la fonction paternelle suggérée par les regards et attentes de la mère et par la suite de l'enfant. Ce refus s'accompagne d'importantes difficultés à materner le couple mère-enfant et est à rechercher dans son histoire, dans ce que ce devoir de maternance réitère symboliquement de l'effacement inhérent à la soumission oedipienne. Son comportement est alors caractérisé par des mises à distance défensives du corps de l'enfant vécu comme menaçant pour son identité et une infantilisation de la mère comme si mère et enfant étaient assimilés dans une même image. Il attend d'eux qu'ils lui administrent la preuve de ce qu'ils sont (fils et compagne) par des marques d'allégeances. Mais sitôt cette preuve fournie éveille-t-elle et réactualise-t-elle, par identification projective, les peurs anciennes d'être anéanti. Ainsi, l'allégeance peut dans un premier temps apaiser les angoisses inconscientes du père mais elle contribue aussi, dans un second temps, à fissurer davantage sa capacité à authentifier sa position et donc à renforcer les incertitudes paternelles. En effet, si la certitude d'être le père repose sur les seuls témoignages de soumission, celui-ci n'aura de cesse d'accroître son exigence de soumission alors même qu'il est mis en difficulté par ces attitudes dès qu'elles valident le rapport à son propre père tyrannique.

Une telle organisation, comme dans la précédente, fait barrage à l'édification des frontières qui dans un un espace familial opposent les générations et les sexes. Un tel fonctionnement est lui aussi propice aux climats incestuels, voire à des passages à l'acte maltraitants ou d'abus sexuels ; il n'est pas à rechercher exclusivement dans des dispositions paternelles au despotisme, mais plutôt dans les interactions en jeu. En effet, il n'est pas

question ici d'un parent paranoïaque mais d'une structuration familiale sur un mode paranoïaque , du fait de la dynamique propre à cette famille.

Certaines mères de leur côté activent au cours de la grossesse des représentations paternelles empreintes d'une grande hostilité, et plutôt que de qualifier la position du père et, ainsi, de lui attribuer un rôle vis-à-vis de l'enfant, elles sont amenées à s'en défendre avant même qu'il ne se soit montré menaçant. La mise à distance du père va le faire réagir comme face à une menace à laquelle il va opposer un excès d'autorité. Le père se découvre dans le regard et les attentes de sa conjointe et si ce regard reflète des sentiments anxieux et la crainte d'une persécution, le père va se révéler à lui même comme un despote ou du moins une menace potentielle pour l'enfant et sa mère.

De manière paradoxale, il n'est pas rare que ces mères, sujettes à la dépression maternelle et hantées par l'image d'un père terrifiant ou celle des craintes paranoïaque d'une mère abusive et possessive, ont des choix amoureux centrés sur des hommes peu identifiés à la figure paternelle, incapables de trouver dans leur histoire des représentations inconscientes suffisamment appréciées et élaborées de façon cohérente pour leur servir de base d'identification paternelle et finalement peu enclins à revendiquer une position paternelle. À la naissance de l'enfant, la mère, inquiétée par la position paternelle a, vis-à-vis de son conjoint, des comportements méfiants qui suggèrent une représentation paternelle négative qui est pourtant la seule à laquelle le conjoint peut s'identifier étant donné la fragilité de ses images paternelles internes et qui peut actualiser chez lui sa peur enfantine de l'autorité paternelle. Aussi, le processus engagé, le père se comporte comme la mère l'avait craint ; ses peurs sont vérifiées et dans un fonctionnement pervers elle tente alors de mettre à distance de l'enfant le père qui peut se sentir trompé, évincé voire persécuté et y réagir en devenant de plus en plus autoritaire. Les relations parentales vont finale-

ment évoluer vers le renforcement mutuel et le système peut finir par générer de la violence.

Quelques soient les facteurs impliqués dans la modélisation paranoïaque du groupe familial, celle-ci se traduit par des pratiques parentales dominées par l'agressivité et l'assimilation de l'autre à soi. Les troubles de la parentalité induits par une mise en relation dialectique de la paternité et de la maternité de type paranoïaque se traduisent par la diffusion, dans le groupe familial, de sentiments de persécution et par les violences que ces sentiments engendrent.

5.2.3) Rapport entre modèle pervers et paranoïaque

Dans l'organisation perverse le père est excessivement proche de ses enfants alors que la mère leur prodigue des soins détachés d'affection ; dans l'organisation paranoïaque c'est le père qui se détache, isole la mère et l'enfant et réprime chacune de leurs velléités d'autonomie.

Cependant ces deux modèles ne sont pas étrangers l'un à l'autre et selon la complexité des structures internes de chacun des parents ils peuvent se combiner. Ces deux modèles, comme nous l'avons vu annulent les conditions de mise à distance établie par la différence des sexes et des générations et sont propices à la confusion incestueuse, voire à l'agressivité et au passage à l'acte incestueux. Dans un grand nombre de familles dominées par des transactions incestueuses, on retrouve une difficulté des membres du couple à enraciner dans leur histoire la légitimité de leur désir d'être parent. Elles sont également dominées par le renforcement, par chacun des parents, de la résistance de l'autre à la fonction paternelle, c'est-à-dire celle à partir de laquelle les relations, au sein d'une famille, sont subordonnées à la position symbolique de chacun plutôt qu'à la quête affective.

Il est bon de rappeler également que la pathologie familiale ne peut se réduire à la somme des troubles psychopathologiques de chacun des parents mais que la difficulté des deux partenaires à exister conjointement en tant que parents accélère et actualise des modalités relationnelles perverses ou paranoïaques.

6) DROITS ET DEVOIRS DES PARENTS ET DES ENFANTS

6.1- DROITS ET DEVOIRS DES PARENTS (30)

L'ensemble des droits et des devoirs des parents exercés dans l'intérêt de l'enfant est regroupé sous le terme d'autorité parentale et s'exerce jusqu'à sa majorité ou son émancipation.

6.1.1) Personnes titulaires de l'autorité parentale

Les père et mère exercent en commun l'autorité parentale quel que soit leur statut, qu'ils soient mariés ou non, séparés ou divorcés, dès lors que la filiation de l'enfant est établie, sauf dans certains cas. Seul l'intérêt de l'enfant peut commander une solution différente. Si les parents sont mariés, les deux parents exercent en commun l'autorité parentale ; s'ils ne sont pas mariés, la mère bénéficie automatiquement de l'exercice de l'autorité parentale dès lors que son nom figure sur l'acte de naissance de l'enfant. Le père n'aura de droits à l'égard de l'enfant que s'il l'a reconnu, et ce, avant l'âge d'un an. S'il l'a reconnu

après l'âge d'un an il n'a pas l'exercice de l'autorité parentale sauf déclaration conjointe devant le tribunal de grande instance ou, en cas de désaccord, par décision du JAF.

Si les parents sont séparés (divorce, fin de concubinage, dissolution de pacs), cela n'a aucune incidence sur l'exercice de l'autorité parentale ; elle reste une obligation pour les parents qui doivent maintenir des relations personnelles avec l'enfant et respecter les liens de celui-ci avec l'autre parent.

Aller à l'encontre d'une décision de Justice en faisant obstacle aux droits de l'autre parent (ne pas lui présenter l'enfant lorsqu'il a un droit de visite ou refuser de ramener l'enfant après l'exercice du droit de visite), c'est commettre le délit de non représentation d'enfant, pénalement punissable.

6.1.2) Contenu de l'autorité parentale

L'autorité parentale appartient au(x) parent(s) jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant. Ils doivent le protéger dans sa sécurité, sa moralité et sa santé, ; contribuer à son entretien, en fonction de ses ressources et de celles de l'autre parent, et doivent veiller aux besoins matériels et moraux de l'enfant (le nourrir, l'héberger, prendre des décisions médicales, surveiller ses relations et ses déplacements...) ; et assumer l'éducation intellectuelle, professionnelle, civique... de leur enfant, afin de permettre son développement.

Les parents, qui n'assurent pas l'instruction obligatoire de leur enfant, s'exposent à des sanctions pénales.

Ils doivent agir dans l'intérêt de l'enfant et l'associer aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité.

Ils doivent gérer les biens propres de leur enfant (droit d'administration et de jouissance) et ne peuvent pas disposer des revenus ou biens que l'enfant peut acquérir par son travail, ou qui sont personnellement donnés ou légués à l'enfant.

En cas d'exercice conjoint de l'autorité parentale, un seul parent peut faire, sans qu'il y ait besoin de réclamer l'accord de l'autre parent :

- une demande de carte d'identité pour son enfant mineur
- ou une demande de passeport pour son enfant mineur.

Les parents étrangers d'un enfant né en France, âgé d'au moins 13 ans, peuvent réclamer, au nom de l'enfant, la nationalité française par déclaration.

La déclaration de changement de nom doit être faite, en présence des deux parents, devant l'officier de l'état civil du lieu où demeure l'enfant.

6.1.3) Retrait de l'autorité parentale

Les parents peuvent se voir retirer l'autorité parentale d'un ou plusieurs enfants, pour des motifs graves. Le retrait peut être total ou partiel. Il peut toucher un seul parent ou les deux. Le retrait ne peut être prononcé que par un juge : le juge civil ou le juge pénal. Le retrait est normalement provisoire. Les parents peuvent se voir restituer, sous conditions, une partie ou la totalité de leur autorité parentale.

L'autorité parentale peut être retirée totalement au(x) parent(s) qui mettent manifestement en danger la sécurité, la santé ou la moralité de leur enfant :

- par de mauvais traitements,
- par une consommation habituelle et excessive d'alcools ou de drogues,
- par une inconduite notoire ou des agissements délictueux (les faits doivent être graves),
- par un défaut de soins ou un manque de direction (maltraitance psychologique, pressions morales, abandon matériel et affectif de l'enfant...).

Elle peut aussi être retirée totalement aux parents en cas de désintérêt pour leur enfant. Cette décision intervient lorsqu'une mesure d'assistance éducative a été prise à l'égard de l'enfant, et qu'ils se sont volontairement abstenus pendant plus de deux ans d'exercer les droits qu'ils avaient conservés malgré la mesure d'assistance (par exemple absence de visite de leur enfant placé).

Enfin le retrait peut également avoir lieu dans trois cas si le ou les parents ont été condamnés comme auteurs, coauteurs ou complices d'un crime ou délit (notamment violences) commis sur la personne de leur enfant ou de l'autre parent ou comme coauteurs ou complices d'un crime ou délit commis par leur enfant.

La demande de retrait doit être faite auprès du tribunal de grande instance du lieu de résidence du ou des parents et peut être demandée par le ministère public, un membre de la famille ou le tuteur de l'enfant. En cas de condamnation c'est le juge pénal qui prononce le retrait.

L'enfant peut demander à être entendu par le tribunal (sauf décision motivée) et être assisté d'un avocat.

Le juge peut décider du retrait total ou partiel de l'autorité parentale : le retrait total porte sur tous les attributs de l'autorité parentale, le retrait partiel porte sur certains attributs seulement. Le jugement peut maintenir à l'égard des parents des droits et devoirs de garde, de surveillance et d'éducation et certaines prérogatives telles que le droit de consentir à l'adoption et à l'émancipation.

Par défaut, le retrait s'étend à tous les enfants déjà nés au moment du jugement (qu'ils soient nés de parents mariés ou non ou adoptés).

Si le juge décide de retirer l'autorité parentale à un seul parent, l'autre normalement exerce seul cette autorité.

Le juge, qui décide le retrait partiel ou total de l'autorité parentale, alors que l'autre parent est décédé ou a perdu l'autorité parentale, peut confier l'enfant provisoirement à un tiers (membre de la famille ou non) qui organisera la tutelle ou au service départemental de l'aide sociale à l'enfance. L'enfant confié à l'ASE dans le cadre d'un retrait total acquiert le statut de pupille de l'État et est alors adoptable. En cas de retrait partiel les pouvoirs sont répartis entre les parents et le service et les parents conservent en général des relations avec l'enfant.

Le ou les parents doivent justifier de circonstances nouvelles, et dans l'intérêt de l'enfant, pour demander la restitution de leur autorité parentale. Cette restitution peut être totale ou partielle.

Le ou les parents ne peuvent saisir le juge du tribunal de grande instance qu'un an après le jugement ayant prononcé le retrait.

6.1.4) Délégation de l'autorité parentale

Lorsque les circonstances l'exigent, l'exercice de l'autorité parentale peut être délégué à un tiers ou à un organisme spécialisé (membre de la famille, service de l'ASE...). La délégation d'autorité parentale a pour but d'aider les parents à élever leur enfant. Elle peut être volontaire ou forcée. Elle est prononcée par le juge aux affaires familiales et est provisoire.

Les parents peuvent demander la délégation de leur autorité parentale si le transfert de leur autorité est indispensable à l'intérêt de l'enfant et que les circonstances l'exigent. C'est ce qu'on appelle la délégation volontaire. Il s'agit de situations où les parents ne peuvent plus exercer leur autorité parentale de manière temporaire (par exemple, pour cause d'éloignement, de maladie, d'hospitalisation, d'incarcération, de difficultés avec l'enfant) ; elle n'entraîne pas forcément le placement de l'enfant auprès d'un tiers. Dans ce cas, les parents continuent d'élever leur enfant tout en bénéficiant de l'aide d'un tiers.

Les parents peuvent choisir la personne à qui ils souhaitent déléguer l'exercice de leur autorité parentale. Le délégataire peut être un membre de la famille, un proche digne de confiance, un établissement agréé pour recueillir des enfants ou le service départemental de l'ASE.

Le juge peut refuser la délégation s'il l'estime contraire à l'intérêt de l'enfant.

En principe, la délégation entraîne transfert partiel ou total de l'autorité parentale au délégataire. C'est ce qu'on appelle la délégation-transfert. L'autorité parentale passe du ou des parents au délégataire.

Toutefois, le juge peut accepter, sous deux conditions, qu'un seul ou les deux parents, partagent tout ou partie de leur autorité parentale avec le délégataire. Il faut que les besoins d'éducation de l'enfant le justifient et l'accord du ou des parents qui exercent l'autorité parentale.

C'est ce qu'on appelle la délégation-partage. Elle permet généralement à un tiers d'épauler provisoirement les parents (par exemple beaux-parents dans les familles recomposées).

La délégation peut être forcée si les parents se désintéressent manifestement de leur enfant ou si les parents sont dans l'impossibilité d'exercer partiellement ou totalement leur autorité parentale ; l'établissement ou le service départemental de l'ASE, le particulier ou un membre de la famille qui a recueilli l'enfant, peuvent demander à se faire déléguer l'autorité parentale.

La délégation de l'autorité parentale est décidée par le JAF qui tient compte de la pratique antérieurement suivie, des sentiments de l'enfant, de la capacité des parties à respecter les droits de l'autre et des renseignements recueillis lors de l'enquête sociale. Elle permet le transfert partiel ou total de l'autorité parentale.

La délégation n'est pas définitive. Elle peut prendre fin ou être transférée par un nouveau jugement, en cas de circonstances nouvelles.

Le JAF doit être saisi par le ou les parents ou le délégataire.

L'autorité peut aussi faire l'objet d'un nouveau transfert si la personne initialement en charge de l'enfant ne veut plus ou ne peut plus assumer la délégation. Le juge peut alors se prononcer sur une nouvelle délégation de l'autorité parentale.

6.1.5) Émancipation du mineur

Un mineur peut être émancipé :

- soit à seize ans passés par décision du juge des tutelles rendue à la demande des deux parents ou de l'un d'eux (après avoir entendu l'autre parent, sauf impossibilité de celui-ci de se manifester),
- soit par décision du juge des tutelles à la demande de l'un des membres du conseil de famille. La convocation du conseil de famille peut être demandée par le tuteur, par un membre du conseil ou par le mineur.
- soit automatiquement par son mariage.

La demande est faite par les deux parents s'ils sont d'accord, par l'un des parents, en cas de désaccord entre eux ou si un seul des parents est titulaire de l'autorité parentale, ou du conseil de famille si les parents sont décédés. En revanche le mineur ne peut pas saisir lui-même le juge d'une demande d'émancipation. Pour les parents ils ne s'agit en aucun cas de se soustraire à leurs obligations et doivent justifier de la possibilité du mineur d'être émancipé.

Le mineur émancipé est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile. Les parents ne sont pas responsables des dommages qu'il pourra causer à autrui après son émancipation, mais l'obligation des parents de contribuer à l'entretien et à l'éducation de leurs enfants ne cesse pas avec celle-ci.

Le mineur émancipé ne peut pas voter, passer son permis de conduire ou entrer dans un casino avant dix-huit ans révolus.

Le consentement des parents du mineur émancipé reste requis pour son mariage ou son adoption.

Il peut être commerçant seulement sur autorisation du juge.

6.1.6) Fin de l'autorité parentale

L'autorité parentale prend fin à la majorité de l'enfant, par émancipation de l'enfant ou lorsque les parents se voient retirer leurs droits.

6.2- DROITS ET DEVOIRS DE L'ENFANT (31)

6.2.1) Droits des enfants

Au sens juridique l'enfant est la personne âgée de moins de dix huit ans. Il a des droits mais ne peut les exercer seul : toujours au sens juridique, c'est un incapable. C'est seulement à dix huit ans que tout individu acquiert le droit d'exercer ses droits et la pleine capacité civique et politique.

L'enfant a tous les droits fondamentaux de la personne humaine (droit d'être respecté et protégé par exemple), auxquels s'ajoutent des droits spécifiques (être élevé par ses parents...) et des droits renforcés (droit aux soins et à l'éducation), mais il ne peut les exercer seul. En effet, outre leurs obligations personnelles, les parents ou le tuteur l'assistent ou le représentent dans l'exercice de ses droits. Ils veillent à sa protection et à son éducation et ont le souci de ses droits patrimoniaux comme extrapatrimoniaux (droit à l'image par exemple).

L'enfant peut cependant exercer personnellement certains de ses droits : il est acteur de sa protection en portant plainte dans un service de police pour les faits dont il aurait été victime ou en demandant de l'aide à un juge des enfants. Il peut également accomplir valablement les actes de la vie courante comme acheter de la nourriture, un titre de transport ou une place de cinéma. Pour cela cependant, il lui faut jouir du discernement, c'est-à-dire être capable de comprendre l'interdit et le permis, le bien et le mal. En cas de doute, le juge évaluera cette capacité en faisant appel à des spécialistes.

Le droit d'être entendu en justice est le dernier des grands droits reconnu à l'enfant ; il pourra demander à être entendu par les moyens de son choix et le juge ne peut pas lui refuser ; en revanche, il peut refuser de le recevoir personnellement et le faire entendre par un travailleur social. Enfin, le droit au silence lui est reconnu : convoqué en justice l'enfant peut se taire.

6.2.2) Devoirs des enfants

Parce qu'il a des droits, l'enfant a aussi des devoirs. Dans le registre juridique, il peut engager sa responsabilité civile et sa responsabilité disciplinaire.

L'enfant auteur d'un préjudice matériel ou moral devra réparer les dégâts. La victime pourra exiger de lui d'être indemnisée quitte à attendre qu'il ait les moyens de le faire. Dans l'intérêt des victimes, parents ou tuteur seront déclarés civilement responsables pour l'enfant mineur ; ils devront indemniser en lieu et place de l'enfant. Il est impossible pour des parents de se dégager de leur responsabilité du fait de leur enfant en prouvant une bonne éducation ou une bonne surveillance ; ils ne peuvent s'exonérer totalement ou partiellement que par une faute de la victime ou un fait de force majeure.

De même, les enfants peuvent engager très tôt leur responsabilité pénale. La convention internationale des droits de l'enfant demande aux États de fixer un seuil sous lequel un enfant ne peut être condamné. La France préfère fonctionner sous le régime du discernement qui permet de faire du cas par cas mais on estime en général qu'à sept-huit ans le discernement est acquis.

Tenu pour coupable l'enfant jouit alors d'un régime spécifique qui n'interdit pas les sanctions. Avant treize ans (âge lors des faits) il ne peut pas se voir infligé de peines, mais seulement des mesures ou sanctions éducatives. À treize ans il encourt une peine nécessairement atténuée par rapport à celle de l'adulte. À seize ans il peut être puni comme un adulte.

Enfin, à la maison ou chez des tiers tout enfant se doit de respecter les règles de vie en usage. Les parents sont autorisés à user à son égard d'un pouvoir coercitif, y compris d'exercer des « violences corporelles légères » comme la fessée ou la gifle, mais cela est en passe d'être modifié en vue de son interdiction comme c'est déjà le cas dans certains pays notamment scandinaves. En revanche, les enseignants et les travailleurs sociaux, dans les écoles ou les foyers ne sont pas légitimes à exercer ces violences physiques. Ils

doivent faire appel à d'autres sanctions respectueuses des droits humains qui ne portent pas atteinte à la dignité et à la décence.

La parentalité peut être définie comme l'ensemble des remaniements psychiques, représentations mentales, affects, désirs et comportements, à l'oeuvre chez chacun des deux parents pour investir leur bébé et s'y attacher ; c'est devenir père et mère.

Elle peut se décliner en trois axes :

- l'exercice de la parentalité renvoyant à son identité, à l'ensemble des droits et devoirs des parents, juridiques comme symboliques. C'est ici notamment que se trouve l'autorité parentale.

L'autorité parentale définit justement cet ensemble de droits et de devoirs des parents envers leur(s) enfant(s) ; elle revient aux deux parents, sauf circonstances particulières. Ils peuvent néanmoins se la voir retirer, totalement ou partiellement, et de manière provisoire, en cas de mise en danger de la sécurité, de la santé ou de la moralité de l'enfant. C'est le cas notamment de la maltraitance, de la consommation habituelle et excessive d'alcool ou de drogues, d'inconduite notoire ou d'agissements délictueux ou encore de défauts de soins et de manque de direction.

- l'expérience de la parentalité, définissant les fonctions et rôles parentaux, et se situant donc dans un lien intersubjectif. On y retrouve les motivations au désir d'enfant et la transition psychique vers la parentalité, et de ce fait l'histoire personnelle de chaque parent, leurs représentations, leurs systèmes identificatoires et transgénérationnels.

- la pratique de la parentalité, répondant aux tâches quotidiennes, aux soins et aux réponses apportées aux besoins fondamentaux de l'enfant. Elle comprend donc aussi les interactions comportementales et affectives parent-enfant.

La parentalité est à l'origine d'une crise maturative, et d'une réorganisation psychique, appelant des processus complexes mettant en jeu le narcissisme de la personne devenant parent. De ce fait, la transition vers le statut de parent, le processus de parentification, peut fragiliser certains adultes ; la parentalité devient alors dysfonctionnelle. La fréquence et l'intensité des discontinuités, l'imprévisibilité, les transmissions transgénérationnelles et l'instabilité sont autant de facteurs pouvant fragiliser l'enfant et compromettre son développement. Ceux-ci sont plus fréquemment rencontrés dans les situations de violences conjugales ; de même, la précarité, les troubles de personnalité, notamment les états limites, et les conduites addictives sont des facteurs venant interférer négativement avec l'expérience et la pratique de la parentalité, et pouvant également faire le lit de violences intrafamiliales, et conduire, comme nous l'avons vu, à un retrait de l'autorité parentale, c'est à dire restreindre la pratique de la parentalité.

La violence conjugale pourrait donc agir négativement sur tous les axes de la parentalité.

IV- PARENTALITÉ ET VIOLENCES CONJUGALES

Comme nous l'avons vu, pour se construire, l'enfant a besoin, outre la satisfaction de ses besoins physiologiques élémentaires, de protection, d'intérêt, d'affection et d'éducation, indispensables à sa maturation. L'expérience de la violence conjugale, crée un climat de vie quotidienne marqué par l'insécurité, l'instabilité et la menace.

En particulier, la violence conjugale est à l'origine d'une dynamique relationnelle basée sur un fonctionnement d'emprise et sur l'attaque de l'identité du conjoint victime avec les effets associés : terreur et perte d'autonomie de la victime, « impuissance apprise ».

Les conséquences sur les victimes sont importantes et peuvent être graves, parfois fatales.

L'exposition et le vécu de cette violence par les enfants ont des effets préjudiciables sur leur santé, leur sécurité, leur comportement, leur développement affectif et social et leur scolarité.

Les difficultés psycho-affectives et comportementales seraient en effet 10 à 17 fois plus fréquentes que celles de l'enfant non exposé (32).

Nous allons voir ces conséquences en détails ainsi que leur répercussion ou traduction en terme de parentalité.

1) CONSÉQUENCES SUR LA VICTIME

Nous reprendrons ici le rapport Henrion (12) qui s'est intéressé à décrire les conséquences physiques et psychologiques de la violence conjugale sur la victime ; nous rappelons que ce rapport n'étudie que la violence conjugale des hommes envers les femmes.

D'emblée il note que les symptômes physiques et psychiques, les affections chroniques, les hospitalisations et la consommation de psychotropes et de soins sont plus fréquents que dans la population générale et que les victimes s'estiment en moins bonne santé. Il précise également que les violences physiques sont rarement isolées et s'accompagnent d'injures, de menaces et précèdent souvent des rapports sexuels forcés.

De plus, selon l'OMS ces femmes perdrait un à quatre années de vie en bonne santé.

1.1- CONSÉQUENCES TRAUMATOLOGIQUES

Elles sont marquées par de nombreux types de lésions (érosions, ecchymoses, hématome, contusions, plaies, brûlures, morsures, traces de strangulation ou encore fractures) et sont en majorité localisées au niveau du visage, du crâne, du cou et des extrémités.

Les traumatismes maxillofaciaux, ORL et ophtalmologiques sont donc les plus fréquents.

Ces traumatismes sont souvent à l'origine de séquelles telles que fatigue intense, douleurs musculaires limitant l'activité, impotence fonctionnelle, séquelles auditives ou ophtalmologiques, neurologiques ou encore psycho-cognitives.

1.2- CONSÉQUENCES PSYCHIATRIQUES

Les violences conjugales entraînent chez la victime un état de tension, de peur et d'angoisse et quand elles dépassent ses capacités d'adaptation elles sont à l'origine de différentes formes de troubles psychiques : troubles émotionnels, troubles psychosomatiques, troubles du sommeil et de l'alimentation, troubles cognitifs, syndrome dépressif, abus de substances psycho-actives ou de psychotropes, état de stress post traumatique, tentative de suicide et suicide.

Les syndrome dépressif toucherait plus de 50% des victimes et serait principalement caractérisé par une perte d'estime de soi, une prudence exacerbée, un repli sur soi, des troubles du sommeil et de l'alimentation et des idées suicidaires.

Quant aux tentatives de suicide elles sont cinq fois plus fréquente que dans la population générale.

Situation clinique : *Mlle A. est une jeune femme de 27 ans hospitalisée pour un premier sevrage en méthadone et cannabis.*

Après avoir vécu entre la Vendée et le centre de la France, elle est récemment installée dans la région pour vivre avec son nouveau compagnon.

Elle a trois filles de 9, 5 et 2 ans de deux pères différents, dont elle a demandé le placement et qu'elle ne voit plus. Ses histoires conjugales sont toutes marquées de violences, avec plusieurs antécédents de fractures traumatiques. Son dernier conjoint et père de sa dernière fille est actuellement en prison.

D'un niveau brevet des collèges, elle ne travaille pas depuis plusieurs années déjà, après avoir fait quelques petits boulots.

Ses consommations ont débuté lors de ces premières relations : héroïne dans un premier temps, puis cocaïne et cannabis, chacun dans un but clairement énoncé de « défonce ».

C'est à la naissance de sa deuxième fille et après s'être rendue compte « ne plus pouvoir tenir debout », qu'elle décide d'arrêter sa consommation d'héroïne et de débiter un traitement de substitution par méthadone.

Elle nie toute violence conjugale avec son nouveau compagnon.

Mlle A. quittera précocement le service, la demande étant peu claire et la motivation très ambivalente. Les entretiens sont par ailleurs restés très factuels, avec peu de possibilités d'élaboration sur la situation. Elle est apparue très détachée affectivement et les violences ont été rapidement banalisées.

À la sortie nous avons préconisé la poursuite de son suivi sur le CSAPA, mais le risque de répétition de violences et de victimisation reste grand.

Le cas de Mlle A. souligne les possibles conséquences traumatologiques (multiples fractures) et addictologiques. Cependant il convient de se demander si la dépendance aux produits ne rentre pas dans le cadre d'une structuration de personnalité propice au développement d'une position victimaire, rendant ainsi le tableau clinique beaucoup plus complexe.

1.3- CONSÉQUENCES GYNÉCO-OBSTÉTRICALES

Les études montrent que les femmes victimes de violence conjugale présentent plus souvent de lésions traumatiques périnéales, d'infections génitales et urinaires, de douleurs pelviennes chroniques, de troubles de la sexualité (dyspareunie, vaginisme, anorgasmie) et des troubles menstruels.

La grossesse est un facteur connu aggravant ou déclenchant des violences conjugales et d'une manière générale, ces femmes sont très isolées ; les femmes ne vivant pas en couple, celles divorcées ou séparées sont beaucoup plus victimes de violences. De même, habiter un logement sur-occupé augmente ce risque de manière significative.

Les IVG et les déclarations tardives de grossesse avec les conséquences associées telles que menace d'accouchement prématuré, prématurité et retard de croissance intra-utérin sont plus fréquentes et plus souvent associées à une consommation de tabac, d'alcool ou de drogues dont on connaît les risques.

Les mécanismes par lesquels les violences peuvent augmenter le risque d'accouchement prématuré sont probablement multiples : on suppose un effet mécanique direct en cas de traumatisme, surtout abdominal, mais plus vraisemblablement la tension nerveuse, l'anxiété, la crainte et les troubles dépressifs peuvent entraîner des perturbations hormonales de l'axe cortico-surrénalien et être à l'origine d'un déclenchement trop précoce de l'accouchement. (33)

L'effet mécanique direct des traumatismes abdominaux peut également avoir comme effet de provoquer des fausses couches, des ruptures prématurées des membranes, des décollements placentaires, des souffrances foetales aiguës ou des morts in utero, des hémorragies voire des ruptures utérines.

Les carences de soins périnatales sont également plus fréquentes.

1.4- CONSÉQUENCES MÉDICALES

Les pathologies chroniques sont plus souvent déséquilibrées ou aggravées par la violence conjugales, du fait des difficultés d'observance ou de consultation médicale.

Enfin signalons que le décès par suicide ou homicide est une conséquence encore actuellement trop fréquente.

2) CONSÉQUENCES SUR L'ENFANT EXPOSÉ (14,16, 19, 34, 35, 36, 37, 38)

La question de l'exposition de l'enfant aux violences conjugales a été réévaluée quant à sa définition et sa gravité et de plus en plus d'études, principalement canadiennes, ont été publiées.

La « tolérance » du phénomène a diminué tant au niveau sociétal que légal et de nouvelles propositions de prévention et de prise en charge voient le jour.

Pour désigner l'enfant qui grandit dans un foyer où les parents sont aux prises avec la violence conjugale, les termes « témoin » ou « victime » sont fréquemment employés. Le terme « témoin » sous entend que l'enfant serait le témoin oculaire de la violence, ce qui n'est pas toujours le cas. Le terme « victime » quant à lui, même s'il n'est pas inapproprié, renvoie au sens juridique et moral. Celui d' « exposition » pourrait être préférable. Historiquement, « exposer un enfant » signifiait « l'abandonner dans un lieu écarté ou désert », puis « laisser sous la menace » et enfin, « mettre en danger ». L'enfant exposé est alors celui qui n'est pas « protégé ». C'est celui qui assiste directement aux violence, qui les entend, ou qui constate les conséquence d'une telle violence : blessures, pleurs et tristesse, récit de la victime ou encore intervention de la police (16).

Quoi qu'il en soit l'enfant vit et grandit dans un climat de tension et de peur et dans un cycle de répétition affectant tous les membres de la famille. Cette situation pourrait constituer une situation de double contrainte : là où l'enfant entend « parents = protection et sécurité », il constate « parents = violences ». L'impact psychologique direct des scènes de violences, les répercussions relationnelles, l'altération des liens liés à l'emprise et la non satisfaction de ses besoins fondamentaux vont être à l'origine de divers troubles psychiques, développementaux et de l'attachement.

Ainsi les conséquences psycho-affectives et somatiques peuvent être nombreuses, et plus de la moitié des enfants exposés en manifesteraient. L'intensité et la gravité des symp-

tômes dépendent des conditions générales de vie de l'enfant, ainsi que de l'attitude des parents à son égard en dehors des scènes de violences. Cependant il n'existe pas de linéarité entre l'importance des troubles et la gravité des événements ; les troubles ne sont pas forcément évidents et immédiats après les scènes de violence mais peuvent survenir plus tard, ou ailleurs.

Différents facteurs sont à prendre en compte pour évaluer l'impact de ces violences sur les enfants, à savoir : l'âge, le sexe, la nature des violences, le degré d'exposition, les facteurs de protection, les personnes relais et l'environnement (scolaire, familial élargi, culturel, social...). Ainsi, si nous prenons en compte le sexe, les garçons semblent plus enclins à développer des réactions extériorisées et à avoir de plus grandes difficultés à s'adapter tandis que les filles présentent plus de réactions intériorisées ayant tendance à s'aggraver à l'adolescence, plus de syndrome dépressif et une plus faible estime de soi à l'âge adulte. De même il semblerait qu'elles manifestent plus de troubles si la violence est sévère.

K. Sadlier (14) nuance cet impact développemental selon l'âge de l'enfant :

- entre 0 et 36 mois : le début des violences est important ici car une exposition in utero peut avoir des conséquences sur le développement foetal et l'enfant à naître. Ainsi, l'afflux in utero d'hormones de stress peut entre autre être à l'origine de RCIU et d'hypotrophie.

À cet âge, dans des conditions optimales, l'enfant filtre les informations externes par le biais des sens, il apprend à exprimer sa colère de façon adaptée et à tolérer la frustration ; il y a création d'un attachement sécurisé lui permettant d'explorer son environnement via des activités psychomotrices et ludiques, d'internaliser un sentiment d'autonomie et de se sé-

parer peu à peu de ses figures d'attachement principales. C'est également le moment où il commence à intégrer des modèles d'interaction sociales.

Dans ce contexte l'enfant exposé aux violences conjugales peut présenter une hypersensibilité et une hyper-réactivité aux signaux de menaces, par sur-stimulation hypothalamique, en y répondant soit par la fuite (effacement, détachement), soit par le combat (cris, pleurs, agitation).

- entre 3 et 6 ans : l'enfant entre dans une période d'apprentissage de la gestion des émotions notamment la colère et la peur.

En cas de violence dans le couple, les enfants de cet âge présentent en général plus de symptômes externalisés tels que troubles du sommeil ou de l'alimentation, inhibition ou agressivité.

- entre 7 et 10 ans : à ce stade se développent les liens avec autrui qui vont être compromis par la violence, notamment par la « loi du silence » et l'intériorisation d'un sentiment de honte et de culpabilité.

C'est également l'âge de la nuanciation des concepts de bien et de mal, de la rationalisation et de l'intellectualisation : l'enfant accède au concept de l'intentionnalité de la violence et de son bien fondé ou non, ce qui risque de l'amener parfois à arbitrer ses parents. Il va également chercher à donner du sens aux agressions et à les comprendre. Il peut intérioriser des rationalisations excusant l'auteur et désignant la victime comme coupable.

Il se montre aussi très sensible aux contradictions entre actions et paroles.

- (pré)-adolescence : l'adolescence est caractérisée par la quête de l'autonomie et le positionnement sexuel ; un enfant parentalisé va acquérir une autonomie prématurée et fragile pouvant exacerber les conflits parents-enfant.

L'augmentation de la force physique à cet âge peut également le motiver à s'interposer entre ses parents avec une mise en danger.

De même, le sentiment de honte et l'image négative de soi peuvent le pousser à adopter des comportements à risque et les difficultés affectives seront plus fréquentes.

Il est important de noter que ces conséquences, sur lesquelles nous revenons en détails, ne sont pas véritablement différentes de l'enfant victime de maltraitance « directe ».

2.1- CONSÉQUENCES PSYCHOSOMATIQUES

Les études ont rapporté, chez les enfants exposés, plus de troubles alimentaires, notamment plus de boulimie, de troubles du sommeil, de plaintes somatiques telles que douleurs abdominales, céphalées, allergies et affections cutanées, d'énurésie, de décompensation de maladies chroniques et de crises d'angoisse.

Une étude rétrospective (38), sur 17500 adultes recrutés lors d'un examen de santé aux États Unis en 1996-1997, s'est intéressée aux conséquences des expériences négatives dans l'enfance, sur la santé à l'âge adulte. Les expériences négatives dans l'enfance étaient classées comme suit :

- maltraitance : physique, psychologique, sexuelle, négligence
- dysfonctionnement familial : séparation ou divorce, violence conjugale, personne au

foyer ayant une maladie mentale ou abusant de substances ou incarcérée

Les auteurs ont mis en évidence une relation forte entre ces expériences négatives et les causes majeures de décès à l'âge adulte. En particulier, quatre expériences négatives ou plus vécues dans l'enfance augmentaient considérablement les risques de problèmes de santé à l'âge adulte et notamment : consommation excessive d'alcool, de drogues et de tabac, syndrome dépressif et tentative de suicide, pneumopathies chroniques, cardiopathies ischémiques, hépatopathies, IST, obésité sévère et sédentarité, fractures, cancers et diabète.

2.2- CONSÉQUENCES PSYCHO-AFFECTIVES

De même, les troubles psycho-affectifs sont plus fréquemment observés : syndrome anxio-dépressif, faible estime de soi, idéations suicidaires, tentatives de suicide et suicide, troubles du caractère (irritabilité, nervosité), troubles du comportement (agressivité, hyperactivité, comportement antisocial, troubles des conduites, automutilations, fugues, attitudes régressives) et conduites addictives.

Le syndrome de stress post traumatique est une entité à considérer à part entière. Il se retrouve surtout en cas d'exposition prolongée, fréquente, sévère et si elle survient à un âge très jeune.

Quatre types de psychotraumas ont été définis (16) :

- traumatisme de type I : traumatisme au sens habituel où on l'entend, c'est-à-dire une confrontation brutale et imprévisible à une situation comportant un risque de mort pour soi même ou autrui. Ce type de traumatisme est possible si l'enfant est exposé à des actes de grande violence.

- traumatisme de type II : celui le plus souvent rencontré chez l'enfant, essentiellement en cas d'évènements traumatiques multiples et répétés. Il s'ajoute aux conséquences psychiques directement en rapport avec les évènements vécus.

- traumatisme de type III : aggravation d'un trauma pré-existant, par d'autres éléments, lorsque surviennent d'autres épreuves à caractère traumatique (séparation, admission en CHRS...)

- traumatisme de type IV : scènes traumatiques toujours en cours provoquant soit isolement et fermeture des liens sociaux soit intrusion des tiers sociaux.

Après 8 ans en général les symptômes sont relativement semblables à ceux des adultes : symptômes d'intrusion (reviviscence, flash back, cauchemars...), d'évitement (tristesse, symptômes dissociatifs, retrait, isolement, émoussement affectif, perte d'intérêt...) et d'activation neurovégétative (troubles du sommeil, anxiété, troubles de concentration, hypervigilance...)

Avant 8 ans, et surtout avant 5 ans le syndrome de stress post traumatique est essentiellement marqué par l'immaturation, la régression, l'agressivité et l'irritabilité, les cauchemars et les jeux ou dessins mettant en scène de manière répétitive l'évènement traumatique ou des thèmes associés.

Comme chez l'adulte, l'enfant peut ne pas rapporter spontanément les symptômes, en raison de l'évitement et du sentiment de solitude ressenti mais aussi par répression du fait du sentiment de culpabilité et de la mésestime de soi.

Le stress chronique a des répercussions directes sur le développement cérébral du fœtus, du nourrisson et du jeune enfant. Le stress est une réaction adaptative au danger, nécessaire, à l'origine d'une sécrétion de cathécholamines puis d'une activation de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien et donc d'une sécrétion de cortisol qui tend à supprimer ou atténuer les effets du stress aigu. En revanche, si cette sécrétion de cortisol se prolonge, elle entraîne une altération structurale du système nerveux central et particulièrement une diminution du nombre de synapses et de la production de neurones au niveau

de l'hippocampe et du cortex frontal. Il se produit alors des changements persistants sur les circuits neuronaux intervenant dans les processus de traitement cognitif et émotionnel qui contrôle l'axe hormonal du stress et le système nerveux autonome, et qui régit l'éveil et la vigilance. De ce fait la réactivité au stress ultérieurs sera altérée, dans le sens de l'hypervigilance ou de l'émoussement.

De la même manière un stress chronique, via la sécrétion de médiateurs inflammatoires, et notamment de cytokines, favorise la survenue d'infections.

Il aura également un impact sur la santé à l'âge adulte avec une vulnérabilité accrue au stress et, chez la femme enceinte, une répercussion directe sur le développement cérébral du fœtus et du nourrisson, et sur les risques d'accouchement prématuré.

2.3- CONSÉQUENCES COGNITIVES

Dans la continuité de troubles énoncés ci-dessus, on rencontre plus de retard de développement, de troubles des apprentissages, de troubles de la concentration et de difficultés scolaires.

2.4- CONSÉQUENCES SOCIALES

Les relations interpersonnelles sont plus fréquemment perturbées avec défaut d'empathie, isolement et repli, évitement et détachement ou encore comportements agressifs ou passifs.

L'apprentissage inappropriés des modèles psychosociaux sur les rôles de l'homme et de la femme et sur la façon d'établir des relations et de gérer des conflits, avec en particulier l'intégration d'un modèle d'interaction « agresseur-agressé », accentué par le déni et la

minimisation autant chez l'auteur et chez la victime favorise la répétition de la violence dans le sens de l'agression ou de la victimisation.

2.5- MALTRAITANCE

Lorsque les violences conjugales sont fréquentes et sévères, il est plus vraisemblable qu'existent d'autres formes de violence envers l'enfant. Les violences conjugales sont un facteur de risque important de maltraitance et est statistiquement lié avec d'autres facteurs de risque tels que les conduites addictives, les troubles mentaux et les déficits cognitifs des parents.

L'exposition pourrait déjà en elle même être considérée comme une maltraitance psychologique, notamment du fait des conséquences délétères du stress chronique dans les premières années de vie de l'enfant.

Ensuite, le défaut continu de soins et de réponse aux autres besoins fondamentaux de l'enfant, le peu de sécurité et de contenance apportées et l'indisponibilité physique et psychique des parents constituent le lit de la négligence et ce sont en général des enfants qui ont plus d'accidents et se mettent plus facilement en danger.

Enfin, le risque de maltraitance physique est nettement augmenté, surtout si la violence se répète et s'aggrave ; la mère victime de violences conjugales peut être maltraitante, particulièrement si elle souffre d'un syndrome dépressif ; il semblerait que les garçons en soient plus souvent les victimes.

De même, le risque de violence sexuelle est aussi augmenté.

Situation clinique : Mme D. est une femme de 35 ans que je reçois en entretien d'évaluation pour suspicion de maltraitance envers son fils. Dans son histoire familiale on ne retrouve rien particulier ; elle dit avoir grandi avec ses deux parents et sa soeur, d'une manière sereine et sans incidents majeurs. Entre autre elle nie toute violence intrafamiliale et toute consommation de toxiques ou d'alcool de sa part ou de celles de ses parents.

Elle rencontre son mari et père de ses deux enfants de 7 et 4 ans, alors qu'ils sont tous deux militaires.

Très vite, Monsieur se met à contrôler Madame et lui interdit de continuer en tant que militaire car « ce n'est pas pour les filles ». Plus tard s'installe de la violence verbale faite d'humiliations, de dénigrement et d'insultes ; ce n'est que dans un troisième temps qu'apparaissent des violences physiques, qui s'aggraveront après la naissance de l'aîné, Monsieur ne supportant pas la proximité mère-fils et les pleurs du bébé.

Un an et demi avant l'évaluation, Madame quitte son mari pour vivre avec un autre homme, ce qu'il accepte très mal ; la garde revient à la mère et Monsieur peut les accueillir un week end sur deux et la moitié des vacances.

La séparation a eu pour conséquence de placer les enfants au coeur du conflit ; Monsieur soupçonne son ex femme d'être maltraitante envers son fils, aussi bien psychologiquement que physiquement. En effet, il rapporterait les propos de sa mère qui le traiterait de « gros dégueulasse » ou de « connard » et Monsieur a constaté un hématome sur la jambe de son fils qui a dit que sa mère l'avait pincé.

Lors de l'entretien je retrouve une femme très tendue, présentant une hyperémotivité et une instabilité thymo-affective. Il existe une souffrance morale indéniable et elle ne nie pas avoir pincé son fils pour lui montrer que ça faisait mal de pincer, car il venait de le faire à sa soeur.

Elle nie cependant toutes formes de maltraitance psychologique et nie porter des coups à ses enfants.

Monsieur quant à lui, lors de son entretien d'évaluation n'aura de cesse de discréditer et de dénigrer Madame, se montrant très vindicatif et procédurier.

Le discours des enfants est très clair quant à la pression exercé par le père à chaque visite, celui-ci déshabillant les enfants pour les examiner de la tête aux pieds et les poussant à dénoncer leur mère à la moindre trace ; l'aîné sera le seul à évoquer la maltraitance verbale et physique de la part de sa mère.

Ainsi, cette évaluation laisse à penser qu'une maltraitance existe aussi bien du côté du père qui aliène, contrôle et endoctrine ses enfants, que du côté de la mère qui vraisemblablement exerce de la violence verbale et physique envers son fils.

Cet exemple est celui d'une femme victime de la violence de son mari, qui après la séparation, devient à son tour maltraitante envers son fils et d'un homme violent ne supportant pas la rupture et instrumentalisant les enfant, poursuivant ainsi les violences, sous une autre forme, envers son ex femme.

Un article (39) conclue en soulignant que les enfants exposés à la violence conjugale présentent moins de compétences sociales, une plus faible estime d'eux mêmes, davantage de difficultés d'apprentissage et de concentration, des retards sur le plan cognitif et des problèmes de santé physique plus importants, et que, devenus adultes, il pourraient présenter des trouble de la conduite et de l'adaptation, un niveau élevé d'anxiété et de détresse, des symptômes de stress post-traumatiques, des difficultés dans les relations interpersonnelles et seraient plus à risque de vivre des relations intimes violentes.

Un résumé de ces conséquences en fonction de l'âge de l'enfant est fourni dans le tableau suivant. Notons qu'une exposition ancienne peut avoir des conséquences quelques années plus tard, alors même que la violence - du moins en apparence - n'existe plus.

	Santé physique et mentale	Développement global	Habiletés sociales
In utero	<ul style="list-style-type: none"> - Menace d'accouchement prématuré - Augmentation du risque de mort périnatale 	<ul style="list-style-type: none"> - RCIU 	
0-2 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles alimentaires - Troubles du sommeil - Crises, pleurs excessifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Inattention - Retard staturo-pondéral 	
2-4 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Plaintes somatiques - Énurésie, encoprésie - Cauchemars - Troubles anxieux, ESPT 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficience verbales et intellectuelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Dépendance exagérée à la mère - Agressivité - Cruauté envers les animaux - Destruction des biens
5-12 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Plaintes somatiques - Troubles anxieux, ESPT - Syndrome dépressif 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible estime de soi - Crainte d'être victime de violence ou abandonné - Sentiment de culpabilité - Fléchissement scolaire - Difficultés de concentrations - Stéréotypes sur les sexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Crainte d'amener les amis à la maison - Agressivité - Repli - Destruction des biens - Comportements de séduction, de manipulation, d'opposition - Manque de respect à l'égard des femmes
12-18 ans	<ul style="list-style-type: none"> - Plaintes somatiques - Syndrome dépressif - Comportement suicidaire, suicide - ESPT 	<ul style="list-style-type: none"> - Faible estime de soi - Fléchissement, décrochage, refus scolaire - Sentiment de culpabilité - Stéréotypes par rapport aux sexes 	<ul style="list-style-type: none"> - Brutalité - Violence à l'égard des proches - Abus, dépendance - Fugues - Prostitution - Grossesses précoces - Délinquance - Manque de respect à l'égard des femmes

Tableau 5 : Conséquences de l'exposition aux violences conjugales

Situations cliniques

Charlène est une jeune fille que je rencontre pour la première fois à la demande de sa mère suite à des troubles du comportement évoluant depuis un peu plus de 2 mois (concomitant à la rentrée au CM2), à domicile et à l'école : irritabilité, colère, opposition, intolérance à la frustration, agressivité de contact. Il existe également un fléchissement scolaire ainsi que des troubles du sommeil et une dysphorie. Madame décrira aussi une période transitoire d'anorexie restrictive durant quelques semaines, avec perte de 2kg, mais rapidement résolutif.

Les antécédents personnels sont marqués par une suspicion de maladie génétique pendant la grossesse, ayant nécessité plusieurs examens et ouvert la question d'une IMG, jusqu'à réfutation du diagnostic anténatal. Charlène dira plus tard que son père "n'aime pas ce qui est anormal" et qu'il ne désirait pas la garder si la suspicion se confirmait.

Par ailleurs la naissance et le développement psychomoteur ont été sans particularités mais a redoublé le CE2 sans pour autant qu'il n'y ai de troubles spécifiques des apprentissages.

Au niveau familial, la mère de Charlène a été diagnostiquée d'un cancer 2 ans 1/2 auparavant et traitée par chimiothérapie, traitement qui a pris fin 7 mois auparavant ; elle est donc actuellement en rémission.

Ses parents se sont séparés quand elle avait 6 ans et la garde est revenue traditionnellement à la mère, le père ayant un droit de garde 1 we / 2 sans hébergement, sans que cela soit respecté. De cette union, elle a un grand frère de 16 ans, pour lequel une AEMO avait été mise en place pendant quelques années après la séparation des parents, par démarche de Madame.

Le motif de séparation, à l'initiative de Madame, a toujours été éludé par celle-ci, et Monsieur n'approfondira pas plus mais Madame ne cache pas avoir peur de lui, notamment du fait de menaces et d'insultes ; pendant leur union il arrivait à Monsieur d'être violent physiquement, mais surtout très disqualifiant vis à vis de sa femme auprès des enfants et de la famille.

Charlène vit avec sa mère et son conjoint, son grand frère et un des fils (19 ans) du conjoint de sa mère.

Madame et lui prévoient de se marier d'ici l'été (environ 6 mois). Cet homme a également un autre fils de 23 ans qui vit en ménage.

Charlène est scolarisée en CM2, avec donc un an de "retard" ; elle n'a pas de difficultés de sociabilité mais préfère de loin être avec des garçons que des filles et dit d'ailleurs n'avoir que des "copains".

Elle pratique l'aïkido 2 fois par semaine et se passionne pour le dessin (elle dit d'ailleurs avoir "un talent", ce que confirme son entourage et l'observation que j'ai pu en faire) et ses chiens, "seuls confidents". Elle a également une forte tendance à jouer aux jeux vidéos en

réseau, ce qui a récemment été interdit pas Madame, inquiète de la rencontre que Char-
lène aurait fait avec un homme beaucoup plus âgé, qu'elle voyait comme un ami. Quand
elle reparlera des jeux vidéos, elle fera apparaître une vraie potentialité additcive, le virtuel
étant pour elle un moyen de fuite de la réalité et de protection vis à vis des autres.

Lors du premier entretien apparaîtront immédiatement la facilité de contact de Charlène et
la porosité des émotions dans l'interaction mère-fille. Je suis également interpellée par la
présentation physique de Charlène qui paraît bien plus avoir 15 ans que 11 ans.

Elle investira bien le suivi et fera preuve de grande maturité, en même temps que de can-
deur ce qui sera parfois déroutant. Il existe une grande demande affective avec un atta-
chement rapide en même temps qu'une difficulté à faire vraiment confiance.

La dépressivité, bien que latente était bien présente.

Dans la relation avec sa mère, Charlène se montrera protectrice et surtout très insécuri-
sée. L'idée que sa mère puisse partir un we sans elle est vécue comme une injustice et
elle angoisse qu'il lui arrive quelque chose.

Madame se montrera quant à elle souvent très intrusive et suspicieuse ; le poids du secret
est palpable, et Charlène me confiera plus tard avoir été abusée par son grand père ma-
ternelle quand elle était plus petite. Le doute est resté quant un abus de ce grand père sur
Madame.

Le père a été rencontré une fois, sur demande mutuelle (lui et moi) ; l'attitude sera initia-
lement méfiante et défensive, pour se détendre un peu ensuite. Le jugement et le regard
des autres est une valeur importante pour lui et il se dit très strict sur l'éducation de ses
enfants.

Il ne comprend pas la raison du suivi de sa fille mais peut mettre en lien avec "la sépara-
tion" qu'il n'a pas véritablement encore accepté ; il semble en venant me rencontrer, véri-
fier quelque chose.

Dans sa relation à son père Charlène est à la fois dans le "copinage" et la séduction mais
je sens aussi une crainte sous jacente au jugement et aux réactions possibles.

Dans la période de suivi Charlène a rencontré la psychologue scolaire, à la demande de
l'instituteur avec lequel elle rencontre de grandes difficultés relationnelle. La psychologue
a mis en évidence une réelle souffrance de la part de l'instituteur, relevant d'une probléma-
tique personnelle, aggravant le conflit entre lui et Charlène mais rien d'alertant au niveau
des apprentissages ou du développement intellectuel concernant Charlène.

L'entourage a pu remarqué une relative amélioration mais Madame est apparue de plus
en plus fatiguée et anxieuse. Un travail familial leur a été proposé mais n'a pas été suivi
de faits.

Il semble également que le passage en 6ème avec changement d'instituteur ait été béné-
fique.

Mon sentiment vis à vis de cette situation reste mitigé, eut égard des présentations para-
doxales auxquelles elle a pu me confronter et du poids du secret dans cette famille.

La relation mère-fille est très insécure pour Charlène qui se positionne aussi beaucoup en gardienne de sa mère, ce qui a certainement été exacerbé par la maladie.

Malgré les ressources de Charlène que sont notamment l'ouverture, la curiosité, la capacité d'autocritique sans dévalorisation et la capacité d'analyse assez juste, je reste inquiète quant à sa tendance à se mettre en danger via des relations malsaines et à son potentiel addictif certain, sans qu'elle puisse s'appuyer sur une base sécurisée et contenant.

Lucie est une adolescente de 16 ans venue consulter à sa demande après suggestion de son médecin traitant, pour affects dépressifs évoluant depuis 2 ans mais d'aggravation récente, dans un contexte de bouleversement de la dynamique familiale.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve des troubles de la sphère génito-urinaire pour lesquels elle est traitée ponctuellement en cas de crise.

Au niveau familial une cousine a souffert d'une anorexie mentale, un oncle de syndrome dépressif et elle évoque chez son père une consommation excessive d'alcool.

Il est à noter également qu'une seconde cousine est décédée à un mois de vie sans que l'on puisse en avoir la cause.

Du côté maternel, une tante aurait déjà fait 2 tentatives de suicide.

Ses parents ont divorcé 2 ans plus tôt, à l'initiative de Madame, devant l'augmentation de tension conjugale, Monsieur ayant, je le rappelle, une consommation excessive d'alcool et pouvant être violent, ce qui sera dit à demi-mots par Lucie et sa mère.

De cette union Lucie a un petit frère de 13 ans.

Madame s'est rapidement remariée ; elle a de nouveau une fille de 2 ans et lors du suivi une grossesse est en cours, qui donnera naissance à un petit garçon.

Monsieur quant à lui n'a pas "refait sa vie" et vit sous la dépendance de sa mère.

Le jugement a été en faveur d'une garde alternée qui donnera à Lucie, malgré "l'habitude", le sentiment de ne pas avoir de place bien définie. Il apparaîtra d'ailleurs par la suite que ce mode de garde n'était pas vraiment respecté et que les enfants allaient de l'un à l'autre domicile selon le climat relationnel... Il est intéressant de noter à ce titre qu'elle ne défait jamais son sac en arrivant chez l'un et l'autre de ses parents.

Elle décrit une difficulté importante de communication et d'expression affective et émotionnelle intrafamiliale.

Quatre mois avant la demande de prise en charge Lucie a décidé de quitter le domicile maternel, sous prétexte d'une mésentente avec le mari de sa mère, et est partie vivre chez son père. Son frère pour sa part a maintenu le principe de garde alternée.

Devant le peu de réaction manifeste de sa mère éprouvait un important sentiment de solitude et d'abandon, sous-tendu par une colère qu'elle n'exprimera jamais. Chez son père,

son rôle sera celui de véritable femme au foyer, Lucie s'occupant des tâches ménagères, de la cuisine et surveillant les consommations d'alcool de son père.

Elle est scolarisée en 1ère avec le projet de devenir assistante sociale ; elle n'a aucune activité extra-scolaire et aucun centre d'intérêt particulier. Par ailleurs elle ne peut s'appuyer sur aucun ami, ni même de "copines" ou de "copains", et les relations amoureuses ne semble pas l'intéresser. Pourtant, le sentiment de solitude et d'abandon est souvent évoqué.

Elle semble avoir beaucoup investie le lien à sa petite soeur, s'en occupant comme une petite maman ; l'attachement à son chien revient également très souvent lors des entretiens.

Lors de la première consultation, Lucie est venue accompagnée de sa mère, mais a refusé que celle-ci soit présente pendant l'entretien, Lucie faisant littéralement "barrage" entre elle et moi. Madame n'a pas tenté d'intervenir, laissant sa fille décider. Je remarque d'emblée la grossesse avancée de Madame et son désarroi.

Lucie est une jolie adolescente malgré un surpoids significatif, qu'elle évitera d'aborder. Les affects dépressifs sont remarquables dès ce premier entretien, notamment la présence d'une profonde lassitude et de tristesse ainsi qu'un ralentissement psychomoteur ou du moins un important manque d'entrain.

Elle évoque également une anhédonie, un apragmatisme, une athymormie et des troubles du sommeil et de l'alimentation se manifestant par une hypersomnie et une hyperphagie. Elle fait part aussi d'idées suicidaires transitoires et non élaborées.

Ses parents ne seront jamais rencontrés ; Madame n'a en effet pas pu se rendre à l'entretien commun prévu avec sa fille, du fait du déroulement problématique de la grossesse, mais un contact téléphonique a pu être établie et mettre en évidence une mère démunie et partagée entre sa fille et son mari, mais en aucun cas désinvestie. Concernant les troubles elle pourra faire remonter les troubles dès avant le divorce, notamment par la dégradation des relations mère-fille.

Je n'ai en revanche jamais eu de contact avec son père, à la demande de Lucie, celle-ci soutenant par ailleurs qu'il ne voudrait pas.

Elle ne parlera que très peu de son frère, qui paraît finalement presque inexistant dans sa vie.

Pendant le suivi, il semble que l'espace personnel offert à Lucie lui ait été profitable, avec une humeur plus positive et une relative projection dans l'avenir, ainsi que la disparition des idées suicidaires.

La chambre de Lucie chez Madame a été réaménagée dans le contexte d'agrandissement de la famille mais la relation mère-fille a pu être travaillée, permettant un rétablissement (ou un établissement) des modes de communication.

Les souvenirs de la famille avant le divorce et pendant sa petite enfance se sont surtout centrés sur le sentiment d'immaturation et de négligence de la part de ses parents ; ce modèle de couple semble ne pas avoir naître la confiance en une telle union. Elle évoquera à ce sujet à plusieurs reprises la tension conjugale et les réactions violentes de son père

sous l'emprise de l'alcool, remémorations exacerbées par les réactions actuelles de son père, qui, à plusieurs reprises, s'est montré violent envers son chien.

C'est d'ailleurs un épisode similaire qui la décidera à retourner chez sa mère l'été suivant, après le passage du bac français avec succès.

Le relais a été fait par une psychologue, qui fréquemment me donne de ses nouvelles.

Nous avons là un exemple de situation d'exposition à la violence conjugale aggravée par la consommation d'alcool du père, dont les conséquences de la négligence des parents envers des enfants se sont manifestées par l'installation progressive à l'adolescence d'un syndrome dépressif avec repli et isolement social ainsi que par la construction d'un modèle conjugal dysfonctionnel et insécure.

La volonté de réparation est soulignée par le projet professionnel de Lucie.

Sans un étayage social / amical de bonne qualité je ne sais pas quelle pourra être l'évolution de cette adolescente ; comment l'aider à trouver en elle la confiance et l'assurance d'un avenir différent de celui de ses parents ?

Arnaud est un adolescent de 14 ans que je suis amenée à rencontrer à la demande de sa mère, suite aux sollicitations du service social, pour troubles du comportement d'évolution crescendo depuis environ 1 an, avec apparition récente d'une intolérance à la frustration et d'opposition manifestées par des crises clastiques quasi quotidiennes, accompagnées d'auto et d'hétéro-agressivité et de troubles du sommeil, à l'origine d'une nette dégradation des relations intra-familiales. Madame a en effet déjà appelé à plusieurs reprises la police et les pompiers, mue par la peur et le sentiment d'insécurité.

Arnaud, depuis 2 ans, est suivi individuellement par un infirmier dans le même centre de consultation où je le rencontre (suivi qu'il semble investir) et également par le service éducatif.

On retrouve un retard dans les apprentissages avec redoublement du CP et scolarisation en section spécialisée.

Les antécédents familiaux sont marqués par une alcoolodépendance chez son père et un syndrome douloureux chronique chez sa mère.

Ses parents sont en instance de divorce depuis maintenant 2 ans et leur histoire conjugale s'est marquée par des violences physiques et verbales récurrentes de Monsieur sur Madame, qui d'ailleurs continuent au delà de la séparation et face auxquelles Arnaud n'a pas été épargné et prend une part active.

De cette union sont nés 2 garçons, dont Arnaud est l'aîné, son frère ayant 11 ans.

Le mode de garde est traditionnel : Monsieur a ses fils un week-end sur 2 et la moitié des vacances.

Arnaud est donc scolarisé en 5ème spécialisée avec le projet de devenir garde forestier ; son père possède en effet le terrain familial dans lequel les principales activités de loisir de l'adolescent ont lieu : "braconnage", vélo, cross, tracteur...

Outre le divorce, c'est le dépôt de plainte de Madame contre Monsieur qui semble avoir déclenché ses troubles actuels. Le fils est sans cesse en confrontation face à sa mère et la moindre frustration débouche sur un déchaînement de violence qui plonge Madame dans un état de terreur avec surenchère de cris et impossibilité d'y réagir autrement que par la soumission, à l'origine d'une escalade paradoxale d'agressivité. Ces crises se calment en général quand Arnaud va faire un tour dehors et lorsqu'il revient c'est avec une profonde culpabilité et honte de soi. C'est à ce moment là que peuvent survenir des gestes auto-agressifs.

J'ai reçu lors du premier entretien la mère et le fils ensemble, ce que j'ai par la suite maintenu, à la demande de chacun.

Le premier contact a été marqué par la réticence et la méfiance d'Arnaud et le grand désarroi de sa mère, moralement et physiquement. Elle semblait en effet accablée par le poids de la souffrance.

Physiquement Arnaud est un adolescent corpulent et volontiers impressionnant, discordant avec un visage enfantin et emprunt de bonhomie.

La tension entre les 2 est d'emblée palpable et rarement relâchée. Arnaud est clairement en position de domination. Madame ne fait preuve d'aucune autorité et quand elle le fait on sent l'absence d'assurance et de confiance. On se demande alors qui est le plus en demande d'aide. Quand je pointe cela, le climat s'apaise doucement, Arnaud n'étant alors plus le seul "malade" et stigmatisé.

Le sentiment de culpabilité est authentique et immédiatement évoqué.

La suite de la prise en charge lui a permis de m'accorder sa confiance et de travailler sur les liens intra-familiaux et l'intense conflit de loyauté dans lequel il était en proie.

Cependant, les crises ne se sont pas amendées, étant "plus fortes que (lui)", et une décision de placement des 2 enfants a été prononcée, Arnaud en famille d'accueil et son frère en foyer, décision à l'origine d'un mouvement émotionnel diffus et réciproque favorisant les messages d'amour mais au prix d'une plus grande désorganisation psychique.

Les débuts en famille d'accueil, dans laquelle demeurent déjà 2 enfants également en situation d'accueil se passent bien, autant du côté d'Arnaud que de sa mère qui dit bien s'entendre avec le couple à la tête de cette famille. Madame a alors ses fils un mardi soir et mercredi sur deux et une partie des vacances. Arnaud semble plus apaisé, mais les retrouvailles ne le sont toujours pas.

Mes 6 mois de stage se terminent alors ; un relais avec un pédopsychiatre est alors envisagé mais j'apprendrais plus tard que ce ne sera que de manière aléatoire, Arnaud ne

souhaitant plus être suivi que par l'infirmier qu'il avait déjà rencontré à plusieurs reprises. Malheureusement cet infirmier a quitté le centre.

Je ne sais donc pas comment évolue et encore moins comment évoluera cette situation, mais cette situation est exemplaire du sentiment de honte et de culpabilité de l'enfant exposé à la violence de ses parents, de la répétition, des troubles du comportements, cognitifs, scolaires et de socialisation.

Coralie est une enfant de 8 ans rencontrée par une de mes collègues à la demande de sa mère car "elle frappe ses soeurs", et ce depuis environ un peu plus d'un mois, sans qu'aucun facteur déclenchant ne soit retrouvé.

Il y a déjà plusieurs mois le médecin traitant avait suggéré à Madame de consulter pour Coralie pour une enchérisse sans cause organique retrouvée, ce qui n'avait pas été fait.

Concernant les antécédents familiaux, Madame évoque plusieurs consultations pour un syndrome dépressif et sa propre aurait été hospitalisée en psychiatrie quand elle était enfant ; cette dernière dit de ses parents qu'ils sont tous les deux "dépressifs". Plusieurs décès sont également mentionnés, décès à un jeune âge, accidentels ou médicaux, bien souvent traumatique pour les membres de la famille.

Coralie est la 2ème d'une fratrie de 3 filles ; l'aînée a 12 ans et la dernière 3 ans. Elle vit donc avec ses 2 parents et ses 2 soeurs, dans un climat semble t-il tendu. En effet Monsieur et Madame ont déjà entrepris une thérapie de couple il y a de cela quelques années, sans qu'il n'y ait eu de véritable changement et Madame évoque d'emblée l'infidélité de son mari.

Coralie est scolarisé en CE2 avec une évolution globalement satisfaisante malgré depuis quelques semaines une plus grande agitation.

Monsieur est postier et pompier volontaire, ce qu'il valorisera fréquemment ; Madame, quant à elle est assistante maternelle dans une crèche, avec un « petit » contrat, ce qui inversement sera dévalorisé et dénigré par Monsieur.

La première rencontre a lieu en présence de toute la famille nucléaire. Monsieur montre d'emblée son scepticisme quant à la consultation et le couple mettra ma collègue dans une position de "dernier recours", projetant déjà l'échec.

Le parcours du couple est énoncé devant les enfants, de même que les insultes et les propos de mépris et de dévalorisation de Monsieur envers Madame sont ouvertement lancés, Monsieur prenant ma collègue à témoin. La demande de reconnaissance de Monsieur est grande tout comme la dimension de dette.

Les attitudes sont par ailleurs éloquentes : tandis que Monsieur gagne en prestance et assurance physique, malgré la colère ressentie face à une thérapeute femme, Madame au fur et à mesure des "coups" verbaux assésés par son mari, s'affaisse et courbe le dos. L'aînée jouera alors le rôle de mère pour sa propre mère et Coralie celui de protectrice. La petite dernière ne se fera pas remarquer.

Le climat est imprégné d'insécurité et de lourdeur, ce que la thérapeute aura du mal à chasser de son esprit pendant quelques jours, avec l'idée d'émettre une information préoccupante auprès des services sociaux, ce qu'elle discutera en équipe.

A l'issue de ce premier entretien elle proposera alors dans un premier temps de rencontrer le couple parental sans les enfants.

La suite est en cours...

Cette situation souligne les troubles psychosomatiques, l'hétéro-agressivité et la parentification des enfants dans ce contexte d'exposition directe à la violence d'un père sur la mère.

Alisson est une adolescente de 14 ans amenée au CMP par sa mère, qui s'épuise de son comportement.

En effet, depuis quelques années le comportement d'Alisson s'aggrave avec notamment hétéroagressivité, intolérance à la frustration, opposition et consommation d'alcool et de tabac.

Le couple parental est séparé depuis maintenant 4 ans après une histoire discontinue marquée de violence conjugale et de maltraitance de la part du père envers sa fille.

Alisson n'a d'ailleurs plus de contact avec lui et refuse d'entendre parler de lui.

Madame a deux autres enfants, un fils de 9 ans issu d'une relation qu'elle a vécu lors d'une énième rupture avec le père d'Alisson, et une fille d'un an avec son compagnon actuel.

Ses deux premiers enfants ont été placés une première fois suite à son hospitalisation pour dépression, puis Alisson a ensuite été replacée à deux reprises à cause de ses comportements que Madame n'arrivait plus à gérer.

Elle a été de nouveau placée en foyer, au moment où je la rencontre, puis un hébergement en famille d'accueil aura lieu pendant le suivi. Cette famille d'accueil vivant dans la même ville que sa mère, Alisson profite des temps libres sans cours pour aller chez sa mère, malgré le fait que les rencontres soient tumultueuses et toujours empreintes de violence.

Lors du premier entretien, je reçois Alisson avec sa mère qui semble épuisée mais se montre aussi très rejetante envers sa fille qui elle manifeste son attachement inconditionnel.

Madame ne viendra plus lors des entretiens suivants malgré sollicitations, ayant toujours une excuse de dernière minute ; Alisson protégera toujours sa mère, justifiant ses absences, sans que celles ci puissent être remises en cause.

Alisson est une jeune fille qui paraît deux ans de plus, très intelligente et pertinente très réceptive et investie dans le suivi mais qui se présente sous une apparence très immature. Elle évoque facilement ses épisodes de violence et soulignera son sentiment de culpabilité et sa volonté de pouvoir faire autrement en vain, « c'est plus fort que moi ». Une profonde tristesse émane de ses attitudes. Sa mère lui manque et elle ne comprend pas le rejet dont elle est l'objet.

Alisson semble s'inscrire dans un processus de répétition des violences, par un mécanisme introjectif, à l'origine d'un sentiment de culpabilité et de honte et d'une très faible estime d'elle même ; la répétition est repérable par son comportement auto et hétéro-agressif, aggravé par des consommations abusive d'alcool.

De même les conduites sexuelles à risque font craindre une grossesse précoce.

Léa est une petite fille de 6 ans que je rencontre pour la première fois à la demande de sa mère pour des troubles du comportement depuis 2 mois marqués par des attitudes régressives, demande d'affection et de réassurance accrue et anxiété nocturne se manifestant par le besoin de laisser la porte de la chambre ouverte et la lumière allumée ainsi que par le besoin d'assurance d'avoir bien fermé à clé la porte d'entrée.

Léa n'a pas d'antécédents particuliers ; la grossesse, l'accouchement et le développement psychomoteur se sont bien déroulés.

Dans la famille on ne retrouve pas non plus d'antécédents notables.

Léa est née d'une première union de Madame et n'a pas de souvenirs de son père, qui est parti peu après la naissance. Elle a ensuite eu un fils 4 ans plus tard, d'une deuxième union qui a également pris fin précocement après la naissance, mais le père du petit est néanmoins présent. Concernant les pères de ses enfants elle sous entendra une certaine immaturité et parfois de la violence physique au sein du couple.

Au moment de la demande de prise en charge Madame vient de nouveau de se séparer. Léa est scolarisée en CP et cela semble se passer sans problème notables.

Les parents de Madame sont assez présents pour aider leur fille et elle a un frère avec qui elle dit bien s'entendre.

Elle n'a pas de formation spécifique et est à la recherche d'un emploi.

Léa n'a pas d'activités extra-scolaires spécifiques mais sa mère dit qu'elle peut s'amuser toute seule comme avec ses pairs et notamment ses cousins, et qu'elle fait très attention à son petit frère.

L'importance de la famille, sans être explicitement dite, est d'emblée entendue.

Madame raconte que le début des troubles suit de près un accès de violence physique et de menaces de son compagnon sur elle, ayant eu lieu à l'extérieur dont Léa, même à travers la fenêtre, a été témoin. Madame dit avoir eu très peur et pense que sa fille l'a ressenti.

C'est aussi suite à cet épisode qu'elle a quitté cet homme.

Léa est présente quand sa mère relate l'évènement et semble très attentive à ses réactions et à ses émotions, comme si elle en était inquiète. Elle est ainsi très discrète et n'intervient pas.

Madame dit avoir peur pour sa fille et est en demande de "conseils".

Léa distingue les différents partenaires de sa mère en ajoutant un qualificatif à "papa" ; ainsi le père de son petit frère est nommé "papa-voiture" (Monsieur étant garagiste), et apparaît comme une figure importante. Madame dit lui avoir expliqué la situation et pense que sa fille est assez au clair sur ce point.

Lors des consultations suivantes, quand je la reçois seule je peux mettre en évidence une insécurité importante, se manifestant déjà lors de la séparation, même si celle-ci reste possible puis ensuite dans les jeux et les dessins. Elle construit toujours de grands murs ou de grandes échelles et se positionne toujours à l'intérieur sans vouloir en sortir. La figure maternelle n'apparaît pas fiable ou du moins pas disponible. Un bébé est également fréquemment retrouvé.

Le contact bien qu'initialement inhibé, reste assez facile.

Léa se montrera vite ennuyée ce qui se manifestera par une instabilité dans les activités.

Lorsque je reverrai Madame, elle me dira que les choses se sont améliorées depuis qu'elle a quitté son compagnon, et que sa fille va bien.

Je ne la reverrai plus, Madame ne s'étant plus rendue aux rdv par la suite.

Nous avons là encore un exemple d'insécurité, et d'attitude régressive, avec une base commune à la mère et à la fille de tendance à l'ennui et d'instabilité que l'exposition à cette scène de violence paraît avoir mis au jour.

La présence de la famille de Madame semble aider Léa à trouver des figures d'attachement plus stables et contenant mais l'attachement à d'autres figures, notamment paternelles est importante et rapide, tout autant que le détachement l'est. C'est comme si la disparition physique équivalait à la mort. L'autre n'existe plus s'il n'est plus là. La mère de Léa semble aussi fonctionner ainsi, et ne laisse pas la possibilité à sa fille d'en reparler et donc de comprendre ses éléments extérieurs anxiogènes.

Ryan est un petit garçon de 6 ans 1/2 amené par sa mère devant l'insistance de l'école pour troubles du comportement se manifestant par un repli, un désintérêt et une inhibition alternant avec une agitation, une instabilité psychomotrice et une intolérance à la frustration.

À la maison Madame dit ne pas avoir remarqué de changements nets si ce n'est une attitude régressive depuis la naissance de son petit frère il y a 2 ans.

Les antécédents de Ryan sont marqués par une MAP à 5 mois de grossesse et une prématurité à 7 mois, sans souffrance périnatale.

Par la suite il a présenté un retard de langage conséquent puisqu'il n'a pas parlé avant ses 2 ans.

Les antécédents familiaux sont marqués par une anorexie du nourrisson ayant nécessité une hospitalisation de 4 mois pour son petit frère.

Les parents de Ryan se sont séparés dans le courant de l'année finissante, après 10 ans de vie commune, Monsieur ayant rencontré quelqu'un d'autre. Il s'avèrera qu'il existait un conflit conjugal ancien fait de violences verbales et de disputes répétées, de discrédit et de dévalorisation mutuelle à l'origine de discordances éducatives importantes.

La garde est revenue à la mère et le père a ses fils un week-end sur deux et la moitié des vacances.

Madame mentionnera par ailleurs que Ryan a été "élevé" par son père car elle travaillait beaucoup et que, partant, ils sont tout les 2 très proches.

Elle dit pouvoir s'appuyer sur ses parents mais il existe également un conflit avec sa soeur, qui serait mêler à la séparation et serait très proche du père de Ryan.

Madame est aide médicopsychologique et Monsieur sans emploi.

Ryan est scolarisé au CP, avec les difficultés citées plus haut et motivant la première consultation.

Il n'a initialement pas d'activités de loisirs extra-scolaires mais au cours du suivi il sera inscrit au foot, sport également pratiqué par son père.

Les jeux divergent selon qu'il est chez sa mère ou chez son père : Madame dira que chez elle il peut jouer à des jeux de construction ou avec des playmobils mais que chez son père il passe sa journée à jouer aux jeux vidéos, essentiellement des jeux de guerre ou de combat, ce qu'elle désapprouve mais de manière totalement passive.

Les premiers entretiens sont marqués par le refus et l'opposition active de contact de Ryan.

C'est donc Madame qui les mènera au début ; elle apparaît véritablement déprimée, semblant éprouver une grande lassitude et un manque d'entrain significatif. Je sens que la

demande n'émane pas d'elle. Elle vient avec son fils parce que l'école l'y pousse. Elle dira que depuis la séparation elle trouve que son fils va mieux, est plus affectueux et moins instable mais les instituteurs ne sont pas d'accord. J'ai également le sentiment d'inauthenticité dans sa présentation est son discours.

Elle met en avant les tensions avec sa soeur et les divergences voire discordances éducatives par rapport au père. Aucune limite n'est posée à Ryan aussi bien du côté de Madame, chez qui il joue le rôle de chef de famille, que du côté de Monsieur, chez qui il prend la place tantôt du petit frère de son père tantôt de son copain.

Il lui arrive aussi très souvent de frapper son jeune frère.

Avec sa mère en entretien, Ryan adopte des attitudes volontiers régressives.

Quand je peux enfin recevoir Ryan seul, la relation n'est possible que médiée par le jeu et il alterne entre demandes d'affection et oppositions actives, d'autant plus que certains sujets sont abordés, de loin ou de près, comme son père et sa mère.

Les dessins sont pauvres et généralement sans couleurs et il existe un retard de langage non négligeable.

Lors de moment de forte excitation il l'exprime par des mouvements des bras saccadés et désorganisés et une décharge de tension psychomotrice latente qui interpellera plus tard ma collègue infirmière mais qui n'a jamais été source d'inquiétude pour les parents.

Les intervenants de l'école confirmeront les troubles du comportements initialement décrits par Madame mais me signaleront également un fort absentéisme non justifié et leur perception du désintérêt parental. Ryan a rencontré la psychologue scolaire qui ne met pas en évidence de déficience intellectuelle mais retrouve l'inhibition de la pensée et l'opposition dans le contact.

Au cours du suivi Madame a entamé une nouvelle relation avec un homme ayant déjà 3 enfants adolescents ou jeunes adultes dont il a la garde des 2 derniers. Ils s'installeront ensemble par la suite et Madame débutera une nouvelle grossesse. Le fils et la fille du nouveau conjoint se positionneront facilement en père et mère de Ryan, sans que Madame n'intervienne d'aucune manière.

Les disputes aux sein du nouveau couple ne tarderont cependant pas ; Ryan y réagirait en hurlant "pour que ça s'arrête".

La proposition de travail familial a été saisie, et ma collègue les a reçus à plusieurs reprises, ensemble ou en sous groupe. Elle a rencontré le père de Ryan une seule fois et confirme l'absence de limites et le lien horizontal plus que vertical.

Nous avons aussi inscrits Ryan dans un groupe CATTP, avec une présence plus qu'aléatoire.

J'ai appris par la suite, après mon départ que le suivi avec ma collègue s'était poursuivi mais sans réelle amélioration et que Ryan avait redoublé son CP.

Cet exemple illustre une situation complexe mêlant à la fois violences conjugales faites de mépris, disqualification et cris et négligences éducatives et affectives à l'origine de troubles du comportement avec opposition et hétéro-agressivité, de retard de développe-

ment et de troubles de la relation, l'offre d'un espace transitionnel ne semblant pas avoir été saisie.

Notons également les possibles conséquences obstétricales à savoir, menace d'accouchement prématuré et prématurité et l'anorexie du nourrisson chez son petit frère.

Dans ces deux dernières situations, la question d'un syndrome de stress post traumatique peut être posée.

Une dernière conséquence, non décrite dans les études mais pourtant dramatique, est celle du parricide. C'est le cas d'une jeune femme que j'ai reçu à plusieurs reprises alors qu'elle était en maison d'arrêt pour homicide volontaire sur son père.

Situation clinique : *Mlle Y. est une jeune femme de 21 ans incarcérée pour parricide et que j'ai été amenée à rencontrer à plusieurs reprises en maison d'arrêt.*

Elle se présente d'emblée très renfermée et très triste et n'évoque pas immédiatement le motif de son incarcération, évitant même le sujet.

Ce n'est que plus tard que nous pouvons l'aborder, après avoir passé toute une période de méfiance de sa part.

Elle pourra dire les années de violences conjugales de son père envers sa mère et les sentiment à la fois de terreur et de rage. Un jour, après une énième scène de violence, voyant sa mère démunie et impuissante, terrorisée et triste, elle s'empare d'un couteau et en frappe son père de plusieurs coups, qui mourra rapidement de ses blessures.

Initialement vécu comme un soulagement et une libération, Mlle Y. se rend vite compte qu'elle s'est enfermée dans une nouvelle prison et en veut encore plus à cet homme qui a gâché sa vie.

De plus, la clinique laisse à penser que Mlle Y. souffre d'un état de stress post traumatique fait de reviviscence, de cauchemars, d'hypervigilance et de repli.

Pour cela un suivi spécifique avec la psychologue de la maison d'arrêt a été mis en place en parallèle de nos rencontre.

3) ATTACHEMENT LORS DE L'EXPOSITION AUX VIOLENCES CONJU-

GALES (14, 16, 35, 39)

La référence à la théorie de l'attachement me semble essentiel ici pour appréhender et comprendre les réactions de l'enfant exposé aux violences conjugales.

Nous reprendrons en grande partie les travaux de l'ONED sur ce sujet (35, 40), auxquels nous rajouterons quelques autres ouvrages (14, 16, 41).

3.1- THÉORIE DE L'ATTACHEMENT

Le XXème siècle fut l'objet d'un intérêt scientifique accru pour les psychologues et les psychanalystes qui étudiaient les conséquences des séparations parents-enfants et les effets des carences maternelles ou des abandons d'enfants.

La théorie de l'attachement sert désormais de base dans l'étude de la psychologie du développement.

René Spitz, psychiatre, psychanalyste américain d'origine hongroise met en évidence les effets néfastes des séparations précoces et prolongées mère-enfant ; il décrit ainsi le syndrome d'hospitalisme et la dépression anaclitique.

Harry Harlow, psychologue et éthologue américain met en place des expériences de privation maternelle précoce chez des primates, afin de poursuivre les recherches entreprises par Spitz et souligne ainsi l'importance du contact physique plus que de l'alimentation.

Lorenz, éthologue, biologiste et médecin autrichien, va confirmer la fonction adaptative du lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut.

Dans les années 1960, après avoir travaillé sur les séparations, la perte et le deuil, John Bowlby, psychiatre et psychanalyste anglais, élabore la théorie de l'attachement, en intégrant les apports de la psychanalyse et ceux de l'éthologie ; la formation d'une relation affective stable et durable entre l'enfant et l'adulte qui en prend soin est une composante essentielle à son développement et les premiers liens qui s'instaurent entre le bébé et ses proches sont qualifiés de liens d'attachement.

Ces liens d'attachement sont modulés par le développement des capacités perceptivo-motrices et cognitives de l'enfant mais aussi par les spécificités relationnelles et psychoaffectives de son environnement familial et social.

Bowlby décrit l'attachement comme étant le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. Il considère l'attachement comme un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui et comme une fonction adaptative à la fois de protection et d'exploration, d'ouverture au monde. La mère, ou son substitut, constitue une base de sécurité pour l'enfant.

En effet, pour Bowlby, la mère est la figure d'attachement principal, c'est-à-dire la personne vers laquelle l'enfant dirige ses comportements d'attachement, l'instance médiatrice entre l'enfant et son environnement, et le père serait plutôt un compagnon de jeux de confiance et une figure d'attachement subsidiaire.

Cependant actuellement, on admet plus volontiers que toute personne qui s'engage dans une interaction sociale avec l'enfant et qui est capable de répondre à ses besoins est susceptible de devenir une figure d'attachement, même si la mère et le père restent les figures les plus importantes.

En général, un enfant développe le même style d'attachement avec son père et sa mère qui présentent des similitudes dans leur façon de régir à lui. Il arrive néanmoins qu'un enfant développe un style d'attachement différent avec chaque parent ; il peut, par exemple, se sentir sécurisé dans sa relation avec l'un mais pas avec l'autre. Encore une fois, ce qui est essentiel pour lui c'est de se sentir pris en charge et protégé.

Ainsi, bien qu'un attachement sécurisé à ses deux parents soient optimal, lorsqu'un des parents est défaillant, la relation à l'autre parent peut venir combler les manques occasionnés par la première. Cela atténue ses effets délétères au niveau de son équilibre psychologique mais aussi au niveau des liens qu'il tisse au cours de son développement. L'enfant qui a connu un soutien stable et rassurant arrivera à concevoir les relations en termes positifs.

Mais si aucun des deux parents n'est en mesure d'assurer cette fonction protectrice, d'autres peuvent jouer un rôle important. Si l'enfant trouve d'autres personnes susceptibles de l'aider, il est moins enclin à rester sous l'emprise de parents qui ne sont pas en mesure d'assurer leur fonction protectrice.

La fratrie, dans un contexte favorable, peut jouer un rôle important en permettant le développement d'une alliance pour faire face aux adultes. Les grands parents également peuvent servir d'appui.

De ce fait la possibilité d'établir une relation alternative durable à celle d'avec les parents défaillants rend celle-ci moins cruciale pour leur propre survie.

Situation clinique : Nous recevons en hospitalisation pour évaluation d'une suspicion de maltraitance maternelle, une fratrie se composant de 3 enfants : Yassine 10 ans, Mounia 6 ans et Zohra 3 ans.

Les parents seront reçus également, en consultation, par deux intervenants différents. L'évaluation a été demandée suite à une énième information préoccupante émanant de personnes différentes. La mère était donc soupçonnée de maltraitance envers ses enfants et une condamnation avait déjà par ailleurs été prononcée pour tentative d'homicide sur son mari.

C'est une femme de 40 ans, imposante physiquement et dont l'attitude d'emblée intimide. Le ton est agressif et très vite elle se montre vindicative, hostile et procédurière. Elle veut savoir qui l'accuse de maltraiter ses enfants et elle menace de porter plainte contre l'assistante sociale de l'UTPAS.

Elle nie toutes formes de maltraitance envers ses enfants et n'évoque pas les violences conjugales sur son mari, qui pourtant s'avèreront être connues. Elle met en avant la propriété de ses enfants, l'absence de traces de coups ou autres violences, leur assiduité à l'école et l'amour qu'elle leur porte, de manière un peu théâtrale.

L'évaluation de Monsieur et des enfants met en avant une forte soumission au secret et une minimisation des comportements de sa femme. Les enfants disent immédiatement, avant même de rentrer dans le bureau d'entretien ou qu'on ait pu leur poser la moindre question, que « maman elle est gentille, elle tape pas ». Seule la dernière se montre plus spontanée mais ne s'autorise qu'à évoquer « de toutes toutes toutes petites tapes sur les fesses ». La peur des représailles est forte et le discours semble bien appris.

Durant l'hospitalisation le comportement des enfants, évalué par l'éducatrice spécialisée, a pu montré un fonctionnement autonome à trois, une parentalisation des aînés, une entraide et un soutien mutuel et une très bonne adaptation, ne sollicitant que très peu l'adulte et demandant peu d'affection.

Cette situation illustre un cas de maltraitance maternelle très probable envers les enfants, à laquelle s'ajoute de la violence conjugale de Madame envers Monsieur, mais qui ne put qu'être supputée étant donné la soumission au secret.

Cependant elle met également en avant l'importance que peut constituer la fratrie pour faire face à des situations adverses et délétères.

Cependant, l'attachement est nécessaire à la socialisation et à l'autonomisation : ce n'est que quand ses besoins de proximité sont satisfaits que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur.

Bowlby emploie le terme de « caregiving » pour définir ce qui désigne le versant parental de l'attachement, la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant. Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que soi que ce soit au niveau physique ou affectif. Il suppose les qualités particulières que sont :

- disponibilité
- sensibilité : capacité de comprendre l'enfant qui ne peut utiliser le langage

- acceptation : reconnaissance d'un enfant comme être unique ayant ses besoins propres

- coopération : capacité de développer une alliance avec l'enfant, adapter ses compétences

Le terme de « caregiving system » a été utilisé par certains auteurs pour donner une description spécifique des comportements parentaux visant à fournir proximité et réconfort à partir du moment où ils ressentent la détresse de l'enfant ou lorsque celui-ci se sent en danger. Ce système serait la réciproque du système d'attachement et aurait également une fonction adaptative : la protection de l'enfant. Les différents signaux produits par l'enfant, qu'ils soient internes ou externes, que les parents considèrent comme dangereux pour l'enfant vont venir activer le système de caregiving ; lorsque l'enfant sera réconforté il sera désactivé.

Cependant, toutes les figures d'attachement ne sont pas obligatoirement des caregivers ; en effet, pour pouvoir être considéré comme un caregiver, l'adulte doit être présent régulièrement, apporter différents soins à l'enfant que ce soit physiques ou émotionnels et être capable de donner à l'enfant des réponses adéquates. Il doit pouvoir avoir la capacité continue de moduler les émotions du nourrisson, d'assurer une fonction pare-excitatoire suffisante et de s'engager dans la production d'expériences agréables autant que dans celles de réconfort, permettant à l'enfant de développer une suffisante tranquillité.

Cette modulation émotionnelle va aussi permettre que l'enfant règle ses émotions sur celles de sa mère (on retrouve la fonction alpha de Bion (42)) ; sans cette capacité, ce que vit l'enfant n'est qu'un magma d'excitations indifférenciées dont l'expression demeure corporelle et comportementale.

La bonne régulation émotionnelle va de pair avec le développement des capacités de mentalisation et avec le développement des capacités cognitives. S'opère alors peu à peu

un processus d'intériorisation au cours de la première année de l'existence, affinée par les années suivantes, de sorte que s'acquièrent des capacités de plus en plus grande de contrôle personnel et de régulation. L'enfant construit de la sorte une suffisante sécurité interne lui permettant de faire face lui-même à des expériences négatives pourvu qu'elles ne soient pas trop considérables.

Cela est rendu possible grâce à la construction d'un Modèle Interne Opérant (MIO), qui correspond à la représentation que l'on se fait de soi, en relation avec la figure d'attachement : les MIO sont des représentations mentales, conscientes ou inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur du monde, à partir desquelles l'individu perçoit les événements, entrevoit le futur et construit ses plans. Au fil de ses interactions avec sa figure d'attachement principale, l'enfant intériorise la relation et se forge un MIO qui englobe ses perceptions de lui-même et les attentes de sa figure d'attachement. Ce MIO va servir de schéma mental pour ses relations futures. Ainsi, les MIO se construisent à partir des échanges avec l'entourage familial qui permettent à l'enfant d'interpréter et de comprendre les comportements de ses proches et d'anticiper les réactions d'autrui. Le MIO commence à s'établir entre six et neuf mois, se stabilise vers cinq-six ans, et, sauf événement critique, il reste le même tout au long de la vie.

Si la relation est suffisamment sécurisée elle procure à l'enfant une bonne confiance en soi et en l'autre.

Néanmoins, pour que la mère puisse donner confiance en donnant sens aux expériences que vit l'enfant, il faut qu'elle-même ne soit pas trop submergée par ses propres émotions.

Le caregiving dépend également des croyances culturelles, de la parentalité, de la qualité de l'environnement et de l'état émotionnel dans lequel le caregiver se trouve mais aussi du comportement de l'enfant. Ainsi, certains facteurs peuvent venir interférer avec les soins prodigués par le caregiver, comme le réseau relationnel, la relation conjugale, les

conditions de vie, le stress, les ressources matérielles et financières mais aussi l'histoire parentale et l'expérience du parent en tant qu'enfant.

L'enfant va alors, en fonction de tous ces facteurs, pouvoir s'attacher de manière différente, et cet attachement sera la base de l'élaboration des schémas relationnels ultérieurs, même s'il se construit, se consolide et s'enrichit de nouveaux apports au fur et à mesure que l'enfant avance en âge et qu'il est susceptible de modifier les apports primaires s'ils ne sont pas en conformité avec les nouveaux acquis. Il ne s'agit donc pas de déterminisme inaliénable pour le développement et les relations socio-affectives ultérieures. De fait, les travaux contemporains tendent à sortir de la vision déterministe de l'attachement en restituant la place des premiers attachements comme représentant des tendances en termes de styles affectifs, sans pour autant qu'il puisse en résulter une liaison causale systématique et inéluctable.

En effet, l'attachement se construit toute au long de la vie, et il existe des spécificités quant à l'âge : de la naissance à huit-douze semaines de vie, le comportement d'attachement s'inscrit dans la réciprocité avec les personnes autour de lui, il n'y a pas de discrimination de personnes et le bébé est guidé par son système sensoriel. Les MIO n'existent pas encore à proprement parler ; entre huit semaines et six mois, les comportements d'attachement s'organisent, le nourrisson affine ses capacités de discrimination avec préférences pour des figures particulières. Il discrimine visuellement les visages vers la dixième semaine, et prend de plus en plus souvent l'initiative du comportement d'attachement et des interactions sociales, mais les MIO sont encore rudimentaires, le nourrisson n'a pas encore la capacité d'expérimentation ou de manipulation interne des images, des buts ou des intentions pour planifier son comportement en vue d'un objectif ; entre six mois et trois ans, le répertoire de réponses de l'enfant s'élargit et se sophistique avec un rôle plus actif dans le maintien de la proximité, notamment par l'acquisition de la marche. C'est à ce moment là que s'établit une relation d'attachement franche et sélective, à une

personne privilégiée, et l'angoisse de séparation vient participer à la consolidation du lien spécifique à une figure donnée ; après trois ans, l'enfant élabore des stratégies tenant compte des buts assignés par la mère. Les interactions se complexifient davantage et l'enfant acquiert la capacité de comprendre les intentions de l'autre, ce qui jouera un rôle clé dans la capacité à négocier les conflits. Il développe également des modèles de représentation de soi et de l'environnement ce qui rend la présence physique de l'autre moins nécessaire. C'est également dans cette période que les figures d'attachement secondaires ont une place importante ; à l'adolescence, on assiste à une mise à distance des figures d'attachement primaires et à la création de nouveaux liens d'attachement, qui en même temps se sexualisent. L'adolescent va également voir émerger ses propres systèmes comportementaux de reproduction et de caregiving ; enfin, à l'âge adulte, le système d'attachement devient symétrique, équilibré et réciproque. En général, le partenaire amoureux, après deux-trois ans devient la figure d'attachement principale, mais la relation de couple et les comportements de soins aux jeunes enfants sont néanmoins imprégnés des MIO construits pendant l'enfance. C'est ainsi qu'on peut comprendre en partie la répétition : les deux dimensions sous-jacentes aux quatre types d'attachement insécures, à savoir l'anxiété face à l'abandon et l'évitement de l'intimité sont susceptibles de mener à des manifestations de colère et de violence au sein de la relation de couple.

Nous pouvons articuler ces connaissances à celles issues des recherches neurobiologiques, qui viennent étayer la théorie de l'attachement. A la naissance, les structures neuro-anatomiques sont en place mais l'organisation des circuits neuronaux reste à faire. En fin de grossesse et plus encore après la naissance, la synaptogénèse connaît une très forte croissance. C'est grâce à ces circuits neuronaux que va pouvoir se développer la vie de relation, mais celle-ci permet également à son tour, la maturation cérébrale.

Ce serait donc dans cette circularité entre connexions neuronales et connexion humaines que pourrait se comprendre l'attachement et son développement.

3.2- QUALITÉ DE L'ATTACHEMENT

Mary Ainsworth, psychologue américaine, a contribué au développement de la théorie de l'attachement, en élaborant une procédure empirique appelée « situation étrange », permettant de mesurer les comportements d'attachement. Cette procédure expérimentale de quelques minutes consiste à faire subir à l'enfant un stress comparable au stress quotidien, en impliquant des séparations avec son parent (ou substitut) et le contact avec une personne non familière. Les réactions de l'enfant, en particulier lors des retrouvailles avec l'adulte et l'observation des particularités de l'utilisation de sa mère comme base de sécurité renseignent le chercheur sur la qualité de son sentiment de sécurité interne et donc de son attachement.

Ainsworth a ainsi pu distinguer les liens sûres des liens insûres :

- **attachement sûr** : le caractère dominant des enfants sûres est la recherche de contact avec la figure d'attachement, surtout lors des retrouvailles ; le contact peut être établi à distance et l'enfant n'est pas forcément perturbé par la séparation. S'il l'est, il se laisse reconforter par l'étranger, qu'il distingue pourtant bien de sa mère, contrairement aux enfants insûres. Il en découle une absence d'angoisse face à l'environnement, qui peut alors être exploré. L'enfant perçoit le monde comme non menaçant, et sa mère comme disponible et capable de le protéger. Il se sert d'elle comme base de sécurité ; la

mère quant à elle est effectivement disponible et sensible aux signaux de détresse de son enfant, et sa fonction pare excitatrice est opérante et permet la protection de son enfant.

Il y a équilibre entre l'exploration et la recherche de proximité en cas de menace.

Ces enfants sont plus compétents socialement et ressentent plus d'affects positifs.

Il représenterait environ 65% des cas en population générale.

- **attachements insécure** : ils sont de plusieurs types, mais ont en commun d'être source d'affects négatifs car la fonction pare-excitatoire maternel ne peut le protéger efficacement. C'est le cas lorsque la relation maternelle est défailante, instable ou inadéquate.

L'attachement insécure peut retarder le processus d'individuation et risque de fragiliser le développement de relations sociales et affectives ultérieures. Il peut se traduire par une difficulté à s'intégrer dans des situations collectives, à entrer en relation et à trouver une distance relationnelle et affective appropriée.

°**évitant** : l'enfant présente peu de réactions avec un apparent isolement affectif, il est moins actif et ne compte pas sur sa mère, non perçue comme capable de répondre à ses besoins, pour le sécuriser. Les interactions sont tantôt intrusives, tantôt rejetantes. L'enfant ne semble pas attendre le soutien d'autrui.

Le comportement se caractérise de façon typique par l'évitement du contact avec la figure d'attachement lors des retrouvailles et s'il est pris dans les bras, il ne résiste pas mais ne cherche pas non plus à conserver le contact. Il montre généralement peu de détresse lors de la séparation.

Ce mouvement d'évitement semblerait plus trahir une ignorance active, appelant une certaine colère, que de l'indifférence.

Ce type d'attachement est plus souvent associé à des difficultés à suivre des règles et à se conformer au groupe, à de l'agressivité et aux confrontations avec la mère.

Il représenterait 20% des cas.

° **ambivalent** : l'enfant semble très malheureux lorsque sa mère n'est pas présente mais ne veut pas le contact lors des retrouvailles, même s'il le recherche activement. En effet, une fois établi, il veut s'en défaire mais en même temps résiste à être relâché.

L'enfant doute de la capacité de sa figure d'attachement de répondre à ses besoins et éprouve colère et détresse. Il existe à la fois angoisse de séparation et angoisse d'autonomisation.

Cela peut se rencontrer lorsque les attitudes parentales sont inadéquates et essentiellement marquées par l'incohérence des réponses avec tour à tour disponibilité et rejet envers l'enfant.

Ces enfants sont plus souvent renfermés, ont moins de camarades et sont plus susceptibles de subir de la maltraitance.

Il représenterait 15% des cas.

° **désorganisé** : cette modalité d'attachement a été rajouté plus tard, pour décrire des enfants qui, typiquement, se figent lors des retrouvailles dans une posture évoquant appréhension, confusion voire dépression. Des comportements apparemment opposés sont exprimés simultanément et les mouvements semblent incomplets, l'expression des affects mal dirigée. L'attachement désorganisé se rencontre lors de relations parentales particulièrement inattendues, incohérentes et paradoxales suscitant l'effroi chez l'enfant, lorsque le parents ne peut soulager la douleur, l'anxiété et l'inconfort. L'enfant va alors développer des méthodes pathologiques d'auto-régulation de leur propre détresse et chercher à co-réguler les états affectifs des parents.

Il s'agit le plus souvent d'enfants vivant dans un contexte de violence intrafamiliale.

3.3- ATTACHEMENT ET VIOLENCES CONJUGALES

La qualité de l'attachement peut être considérablement altérée en contexte de violences conjugales. En effet, le comportement violent du caregiver peut effrayer l'enfant, le maintenir dans un contexte permanent de peur et ainsi favoriser le risque d'attachement insé- cure. De plus, il peut s'inquiéter pour son parent qu'il pense en danger. Le système d'atta- chement de l'enfant est donc sans cesse activé et c'est à ce moment que le comportement du caregiver aura toute son importance.

S'il est attentif à la détresse et au besoin de l'enfant et peut y répondre adéquatement, les conséquences pour sa sécurité affective seront minimisées. Cependant la mère est souvent préoccupée et se retrouve alors dans l'incapacité de lui apporter la protection dont il a besoin pour être rassuré. Elle peut également éprouver plus de difficultés à com- muniquez adéquatement avec son enfant, notamment parce qu'elle se sent fatiguée, an- xieuse ou encore déprimée. Elle peut donc être moins sensible et disponible aux besoins de son enfant et ne pas lui fournir toute l'attention, l'affection et la discipline nécessaire à son développement.

Selon les réponses du parent et les réactions de l'enfant, les troubles de l'attachement se- ront plus fréquents avec les différentes formes d'attachement insé- cure que nous avons vu :

- Désorganisé : l'enfant est dans un état de peur constant ; la figure d'attachement est source d'insécurité et de menace soit parce qu'en grande détresse, soit parce qu'hostile et impuissante.

- Ambivalent : l'enfant est confronté à l'insécurité, parfois à l'hostilité mais par moment reçoit des réponses satisfaisantes et parvient à développer des stratégies susceptibles de conduire à un relatif apaisement.
- Évitant : l'enfant s'adapte à la situation en apprenant à se faire discret, à ne pas trop en demander, tout en maintenant un haut niveau d'alerte. C'est le moyen pour lui d'obtenir un niveau de sécurité acceptable, mais la confiance en autrui ne peut avoir de place.

L'impossibilité dans laquelle se trouve l'enfant de rencontrer la figure du caregiver quand il en a besoin et la discontinuité dans l'expérience subjective de son existence ne lui permet pas, au fur et à mesure du développement, l'intégration des pensées, sentiments et expériences dans le flot de la conscience et de la mémoire, et ceci peut être à l'origine d'un traumatisme. Ce traumatisme est directement lié aux altérations de la relation intersubjective et sera d'autant plus important que la rupture de communication émotionnelle du parent n'est pas suivie de réparation au niveau de la triade.

Les formes extrêmes d'excitation non régulées par une figure d'attachement indisponible peuvent conduire l'enfant vivant dans une situation de violences conjugales à deux types de réactions (16) :

- Hyperactivation sympathique, avec activation constante du système d'alarme et hypervigilance
- Et si cela se poursuit : mise en jeu du système parasympathique, qui inhibe le système d'alarme. C'est à ce moment là que l'enfant peut vivre un sentiment d'impuissance.

Nous rejoignons ensuite ce que nous avons dit concernant les conséquences neurobiologiques de l'état de stress post traumatique.

Ces perturbations, dans ce contexte, conduisent à un mode de fonctionnement constituant l'ébauche d'expériences dissociatives et orientant les modes de fonctionnement ultérieurs de l'enfant au fur et à mesure qu'il grandit et que les expériences traumatiques se renforcent.

Deux issues sont possibles :

- L'enfant est soustrait au milieu insécurisant : il dispose d'un soutien, d'une relation apaisante et sécurisante avec une figure d'attachement stable, disponible et attentive. Les troubles précoces seront alors possiblement réversibles. Les figures d'attachement « alternatives » peuvent aussi permettre une réparation des premiers dommages. L'enfant reste néanmoins vulnérable et une épreuve ultérieure insécurisante peut réactiver certains comportements ou certaines émotions négatives.
- L'enfant est maintenu dans la situation d'insécurité et les interactions demeurent toujours dysfonctionnelles.

Nous voyons donc que les profondes perturbations interactionnelles ont des conséquences à long terme et les facteurs environnementaux peuvent influencer durablement les structures neuro-biologiques.

Bien qu'un environnement adéquat puisse réparer les premiers troubles, plus l'enfant grandit et plus les conséquences délétères sont à craindre, et ce jusqu'à l'âge adulte, d'où l'importance de considérer et d'intervenir dans les situations d'exposition aux violences conjugales au même titre que dans les situations de maltraitance.

4) RÔLES ET RÉACTIONS DE L'ENFANT DANS LES VIOLENCES

CONJUGALES

Plusieurs auteurs se sont penchés sur la question du vécu et de la participation de l'enfant dans les violences conjugales.

K. Sadlier (14) souligne que dans les familles marquées par la violence conjugale, les enfants adoptent des places qui impliquent un positionnement relationnel face à l'auteur et à la victime. Si ces rôles peuvent exister, à un moment donné, dans des familles où ne sévit pas de la violence, c'est leur rigidification dans les familles où il y a violence qui devient source de difficultés relationnelles, par les échanges stéréotypés qui limitent l'enfant à un mode unique d'interaction qui peut facilement déborder sur les relations extra-familiales.

Un enfant peut assumer un ou plusieurs rôles, soit parce qu'il est imposé par demande du/ des parent(s) pour gérer les stress impliqués par la violence soit parce qu'il est adopté par l'enfant pour faire face à l'angoisse qui y est associé.

Sept rôles ont été ainsi décrits (43) :

- « petit parent » : il agit en tant que parent de sa fratrie et de la victime. Il se peut qu'il s'occupe des tâches ménagères et des repas. Il veille à la sécurité de la fratrie et tente de reconforter la victime.

Si ce rôle peut lui donner un sentiment de maîtrise et de responsabilité, sa position d'enfant parentalisé implique une autonomie précoce et donc fragile, et il peut présenter un tableau clinique anxiodépressif.

- « confident de la victime » : l'enfant a accès aux sentiments, aux inquiétudes et aux projets de la victime, et il peut parfois s'opposer aux mouvements de minimisation ou de déni de sa part.

L'éventuelle ambivalence de la victime vis-à-vis de l'agresseur peut entraîner une perte de confiance de l'enfant dans la stabilité du positionnement de l'adulte et le faire souffrir d'un sentiment de solitude. De même que dans le premier cas, cet enfant peut manifester des symptômes anxiodépressifs.

- « confident de l'agresseur » : l'auteur aura tendance à partager avec l'enfant ses arguments pour justifier la violence. Il se peut qu'il lui demande de l'informer des agirs de la victime et le récompense par des privilèges ou l'absence de mauvais traitements.

L'enfant peut souffrir d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la victime, mais risque de s'inscrire dans un processus d'identification à l'agresseur pour gérer son angoisse.

- « petit agresseur » : l'enfant reproduit les actes de l'auteur soit par contrainte soit par conditionnement. L'enfant s'inscrit donc dans le processus psychologique d'identification à l'agresseur avec des passages à l'acte violent.

- « enfant modèle » : il tente de prévenir la violence en ne posant jamais de problème et en se conformant aux attentes d'enfant sage et exemplaire. Pourtant il éprouve un sentiment de culpabilité vis-à-vis de la violence et son incapacité d'empêcher la violence malgré son comportement participe à l'émergence de syndromes anxiodépressifs. Pour autant, sa souffrance passe souvent inaperçu.

- « arbitre » : l'enfant essaye de négocier pour prévenir la violence et maintenir la paix ; ce rôle peut l'amener à demander à la victime de se montrer plus conciliante pour ne pas agacer l'agresseur.

Ici encore, l'échec de sa tentative de maîtriser la violence peut entraîner une souffrance anxiodépressive.

- « bouc émissaire » : l'enfant est désigné comme la cause des tensions familiales ; il s'agit souvent d'un enfant présentant un trouble du comportement, un handicap ou issu d'une union précédente de la victime, et donc perçu comme le déclencheur de la violence conjugale.

Une telle désignation aggrave son état antérieur d'un point de vue psychologique et attaque son image de soi.

Situation clinique : la famille L. est une famille que j'ai été amenée à suivre sur plusieurs mois en consultations, suite aux troubles du comportement de leur fille Lise, âgée de 48 ans. Celle-ci présente un handicap mental depuis l'âge de 6 ans, séquelle d'une méningoencéphalite infectieuse. Lise vit donc chez ses parents, qui ont maintenant plus de 70 ans mais est accueillie le jour en foyer de vie. Ses parents n'ont jamais souhaité un placement à temps complet, préférant s'en occuper. Maintenant que leurs capacités physiques sont amoindries par l'âge et les maladies, la charge de travail que leur fille représente commence à leur peser. En effet Lise a besoin d'une surveillance constante et d'une assistance pour la toilette, l'habillage, les déplacements extérieurs.

Depuis plusieurs mois, après un séjour à temps complet au foyer pendant 15 jours suite à une intervention chirurgicale lourde du père pour insuffisance respiratoire chronique sévère, les parents et les éducateurs du foyer ont constaté un changement dans son comportement, une rupture avec l'état antérieur : elle est plus agressive, plus irritable, présente une labilité thymoa-affective et des plaintes somatiques multiples et adopte des attitudes régressives. Elle met souvent sa main dans sa culotte et présente des épisodes d'énurésie diurne et nocturne. Un bilan somatique n'a rien révélé d'organique.

À la maison cela est de plus en plus difficile et au foyer la question s'est posée de ne plus l'accueillir tant le rapport aux autres devient compliqué.

Plusieurs traitements ont été mis en route par différents médecins dont un traitement anxiolytique et antidépresseur mais le père s'est toujours montré très réticent et vindicatif envers les médecins et les traitements et encore plus envers « les psys », ne voulant pas que sa fille devienne « une loque ». En dernier recours il accepte néanmoins de venir.

Un entretien individuel avec Lise est impossible, je propose donc de la recevoir avec ses parents et de faire régulièrement le point avec l'éducatrice. La famille s'est toujours présentée aux rdv et s'est montrée investie, même si Monsieur a souvent dénigré la spécialité et s'est souvent montré assez hostile voire agressif et très critique envers mes réflexions et propositions. De même, il revenait souvent sur ses problèmes de santé et sur le fait ne pas se sentir écouté ou compris ; le médecin traitant aurait d'ailleurs commencé un traitement anxiolytique pour lui. Cependant, en l'absence de sa femme il est apparu beaucoup plus calme, détendu et attentif. Madame quant à elle, a toujours été très conciliante, modérée et attentive, adoptant un comportement très affectueux avec sa fille. Elle dit cependant être traitée pour un syndrome dépressif chronique depuis plusieurs années, ce que je peux constater en entretien, Madame apparaissant effectivement très déprimée, passive et plaintive.

Je reprend avec eux l'histoire familiale ; Madame dira avoir été « obligée » de se marier car suite à sa première grossesse à 17 ans, et avoir été par la suite « déçue » de son mariage, « c'était tout le contraire de ce que j'imaginais » ; ils évoqueront les nombreuses « épreuves » vécues dans leur couple et leur fonctionnement autarcique ; la famille se compose de trois enfants dont Lise est la dernière. Les deux aînés ont fait leur vie depuis longtemps et viennent de temps en temps rendre visite à leurs parents. Après Lise est né un quatrième enfant, mort peu de temps après la naissance. Madame passera très vite sur cet épisode, de même qu'elle le fera pour la méningo-encéphalite de Lise. Elle dit avoir toujours été une mère très attentionnée, chaleureuse, douce et aimante, ce que je n'ai aucun doute à croire. Monsieur lui, était garant de l'autorité et de du respect des règles à la maison, de manière très stricte, ce que je n'ai également aucun mal à croire. Jusqu'à la retraite, il était peu présent, Lise et sa mère formant un couple très symbiotique ; son seul loisir, qui le passionne, et pour lequel il amenait sa fille avec lui de temps en temps, c'est la chasse

Il me raconte que quand Lise « fait un caprice », il l'enferme à clé dans sa chambre ou l'asperge d'eau froide, et n'y voit aucun caractère maltraitant. Madame estime que c'est trop mais ne le dit qu'à demi mot, semblant avoir peur de son mari, ce que je confirmerai plus tard hors présence de Monsieur. Elle peut exprimer les violences conjugales anciennes, aggravée par la retraite et l'état de Lise, à qu'il renvoie la responsabilité de sa violence, et son apprentissage de la « docilité » et celui de ne rien dire.

Vers la fin de mon stage, je soupçonne alors de la maltraitance envers sa fille, ce que Madame ne nie pas ni ne confirme.

Le foyer me dira également avoir beaucoup de difficultés avec Monsieur qui se montre souvent très agressif et toujours vindicatif et avoir déjà pensé à de la maltraitance.

Une réunion, à laquelle je suis invitée, est organisée par le foyer dans leurs locaux. Nous évoquons cette suspicion et la question d'un signalement pour maltraitance sur une personne vulnérable est soulevée.

En effet, plusieurs facteurs en sont en faveur : la violence conjugale de Monsieur envers Madame, la personnalité et le comportement de Monsieur (agressivité, hostilité, sentiment de persécution, rigidité, égocentrisme), l'épuisement familial et surtout le changement de

comportement de Lise avec agressivité, irritabilité, anxiété, comportements sexualisés et énurésie secondaire.

Nous avons alors essayé de travailler avec les parents la question du placement en famille d'accueil ; initialement tous deux fermés à l'idée, ils ont pu envisager une telle possibilité, même si pour Madame le sentiment d'échec de son rôle maternelle lui était très difficile à vivre.

Enfin, avec l'assistante sociale, sur mes derniers jours de présence, nous révoquons la possibilité d'un signalement. Un rendez vous avec elle fut convenu avec les parents et le lien avec le foyer fait.

J'ai appris plus tard, qu'au vu de la dégradation de l'état de Lise et des relations familiales, le situation fut porté à la connaissance du Procureur de la République.

Dans cette situation de violences conjugales, le rôle de Lise est bien celui de bouc émissaire, son handicap servant de justification aux violences qui, au final, s'avèreront plus intrafamiliales que conjugales.

De même que les rôles joués par l'enfant dans cette situation ont été décrits, l'institut national de santé publique du Québec (34) fait état de quatre façons différentes de l'enfant de vivre la violence de ses parents :

- l'enfant vit dans le secret : la violence n'est pas considéré comme telle et cette situation comporte des risques physiques et émotionnels car l'enfant n'est pas totalement conscient de l'étendue et de la sévérité de la violence, ni du potentiel de danger.

Le secret réitère le caractère d'irréalité de la violence et entrave la capacité de l'enfant à faire face à la crise et au danger imminent qui lui est associé. Le déni est généralisé et devient même une stratégie permettant de surmonter ces situations stressantes.

- l'enfant vit un conflit de loyauté : la violence engendre des émotions fortes, soulève des questions morales et crée un véritable schisme au sein de la famille. L'enfant est ici incapable de prendre position clairement et vit simultanément des émotions contradictoires (amour et haine, attachement et détachement, proximité et rejet), à l'égard de l'un ou

l'autre de ses parents ou même des deux. Les conséquences se manifestent par un isolement social, un émoussement des affects et une perte des habiletés sociales.

Cependant, la plupart des enfants ne peuvent supporter de telles émotions contradictoires longtemps et tentent de résoudre leur conflit intérieur en prenant parti pour l'un ou l'autre parents.

- l'enfant vit dans la crainte et la terreur : lorsqu'il a pris position pour l'un des parents et que le conflit de loyauté est présent, l'enfant vit dans la peur et la terreur. Il commence alors à intérioriser un monde basé sur la violence et les agressions. Il est ici tout à fait conscient de la présence de la violence et il s'identifie plus facilement à la victime, ce qui engendre le sentiment de crainte, de peur et de terreur. Cette violence actuelle et potentielle crée un environnement dans lequel l'expectative de la violence et de la terreur subséquente fait partie de la réalité quotidienne. L'enfant est souvent encouragé par la victime à la soutenir et à renforcer les liens entre eux.

La compréhension de la situation par l'enfant peut l'amener à croire que le monde est dangereux et qu'il doit s'attendre à être terrorisé. Émerge alors un sentiment d'impuissance et de dépression associé à l'introversión, au manque de confiance et à l'hypervigilance.

- l'enfant vit dans un contexte de domination et d'agressivité : il s'identifie volontiers à l'agresseur en acceptant et en utilisant les mêmes comportements de violence et de contrôle dans ses relations interpersonnelles. Les sentiments de colère et de rage dominant. Il reconnaît et apprécie l'agresseur pour sa supériorité et s'en prend à l'autre identifié comme victime. Ce type de vécu risque d'amener l'enfant à la répétition, soit en tant qu'agresseur soit en tant que victime.

Enfin, C. Vasselier-Novelli et C. Heim (44) décrivent la participation de l'enfant aux violences conjugales en quatre temps : dans un premier temps il reste spectateur des violences , avec la peur qui lui est associée. Il est considéré comme un objet c'est-à-dire que les violences ont lieu en sa présence sans que cela ne change rien, soit, au moment où les actes sont prévisibles, il est déplacé vers une autre pièce où il entend la violence. Dans tous les cas il est exposé à la violence de ses parents et un des effets classiques de ce « rituel » est d'induire une réaction défensive et d'adaptation à la situation : l'enfant sait reconnaître les étapes successives de l'épisode violent et focalise son attention sur l'attente de la dernière étape, celle qui le délivrera de sa propre souffrance. Il peut alors en venir à « oublier » que le bruits et les cris correspondent à une souffrance exprimée par ses parents.

Dans un deuxième temps, si les violences se poursuivent, l'enfant aura tendance à construire une représentation de la situation qui fasse sens pour lui. 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. Il comprend alors qu'il peut se comporter différemment selon la personne à laquelle il s'adresse. Poursuivant sa conduite hyperadaptative défensive, il modifie 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 quant à lui aura tendance à reporter sur lui les violences destinées en première intention à son conjoint.

Ensuite, le conflit conjugal s'étant chronicisé et ayant ainsi réorganisé les interactions familiales, et l'enfant ayant donné sens aux interactions parentales et aux attaques violentes, c'est le temps de son entrée active dans le jeu. L'apprentissage de l'utilisation des violences comme outil de règlement des conflits commence à se manifester : l'enfant de-

vient irritable, anxieux et distrait. Il agresse plus facilement ses camarades et sa fratrie. De manière paradoxale il s'identifie ainsi en actes au parent dont il réproche en paroles les actes violents.

Enfin, l'étape ultime est l'instrumentalisation des réponses de l'enfant, et ceci quelque soit son âge. À ce stade, les comportements de l'enfant sont tels que sa rage et ses débordements apparaissent aux yeux des observateurs extérieurs, qui peuvent avoir tendance à les attribuer à des composantes structurelles intrapsychiques de l'enfant ou à une période de son développement.

Avec ces considérations, nous pouvons nous rendre compte que les violences conjugales impliquent une dynamique relationnelle familiale à laquelle l'enfant finit par prendre part.

5) MODES ET STYLES PARENTAUX DANS LES VIOLENCES CONJUGALES

Une parentalité « suffisamment bonne » (45) serait celle qui permet la protection de l'enfant, la réponse à ses besoins et la permission d'exister autrement que dans les attentes de ses parents. Ceux-ci doivent se montrer rassurants et contenant.

Comme nous l'avons vu, en situation de violences conjugales ces conditions peuvent être absentes, du fait du climat permanent de peur et de tension rendant l'épanouissement difficile. Même si en général les besoins primaires sont satisfaits, ce qui accentue le déni, les autres besoins, plus immatériels, plus complexes et moins immédiatement visibles, mais tout autant nécessaires à la construction psychique de l'enfant le sont moins.

De plus chacun des parents dans cette situation adopte des types de stratégies éducatives particulières et réagit d'une manière qui peut altérer la parentalité

5.1- PARENTALITÉ CHEZ LA MÈRE

La violence vécue peut avoir de répercussions importantes sur la parentalité, ne serait-ce qu'en raison de l'impact sur la santé physique et psychique de la victime, comme par exemple, l'augmentation significative des taux de détresse psychologique, de stress post-traumatiques, de consommations de psychotropes ou autres toxiques et de tentatives de suicide.

Lorsque la victime n'a pas développé de tels symptômes, la violence suppose un ensemble de conditions de vie qui limite la sensibilité et l'énergie qu'une mère peut être en mesure de mobiliser pour son enfant. Ainsi, il se peut que ce dernier se trouve en souffrance et ne puisse trouver aucun adulte suffisamment disponible pour l'écouter, le rassurer, mettre des mots sur la situation ou même répondre à ses besoins les plus élémentaires.

De plus, aux côtés des effets de la violence sur la femme en tant que compagne, avec les conséquences sur la relation mère-enfant, l'agresseur exerce également sa violence sur la dimension maternelle de sa partenaire qui est disqualifiée et rendue responsable des difficultés et points faibles des enfants ; ceci peut se dérouler devant les enfants, mettant ainsi la mère en difficulté pour faire reconnaître son autorité auprès d'eux.

Concernant le style éducatif des mères victimes, les études sont contradictoires. Certaines concluent que le style éducatif n'est pas différent des autres femmes, d'autres qu'elles se montrent plus protectrices et soutenantes, d'autres encore qu'elles sont émotionnellement moins disponibles, moins emphatiques, moins interactives, plus facilement irritées et qu'elles ont plus souvent recours aux violences physiques.

Cependant la synthèse des études montre que le style de parentalité de la mère se modifie en fonction de la présence ou de l'absence du conjoint violent qui vient en général interférer négativement dans leur autorité.

Il faut également prendre en compte que les mères peuvent souffrir de syndrome psycho-traumatique, vivre dans la peur, développer un syndrome dépressif conduisant à la passivité, la honte, la culpabilité, l'irritabilité, à des altérations du raisonnement ou encore des difficultés dans l'exercice de tâches domestiques.

Comme nous l'avons vu elles peuvent aussi être enchaînées par la violence, sous l'emprise du conjoint et de la situation de co-dépendance.

Il n'est donc pas rare de constater une négligence de soins, qui est d'ailleurs la forme de violence envers l'enfant la plus souvent associée à la violence conjugale ; et bien que certaines puissent mettre en place un processus de résilience en appelant certaines ressources et facteurs de protection conférant la construction d'un attachement sécure ou la référence à des modèles éducatifs appropriés connus dans leur propre enfance, et qu'elles soient ainsi capables, malgré leur souffrance, d'éviter l'effondrement, il est en général difficile pour une femme dont le psychisme est altéré par la violence du partenaire, de pouvoir assumer la continuité des soins que réclame un enfant, en même temps que pouvoir reconnaître et apaiser la détresse qu'elle subit elle-même.

Plus la mère présente de détresse psychologique, moins elle semble pouvoir être chaleureuse, bienveillante, soutenante et cohérente envers son enfant.

De cette manière, plusieurs attitudes sont possibles : elle peut adopter un comportement très aléatoire, incohérent et défaillant, osciller entre laxisme et autoritarisme (en général

liées aux présences-absences du conjoint) ou être elle même violente envers l'enfant, peu ou pas impliquées affectivement ou trop contrôlante.

5.2- PARENTALITÉ CHEZ LE PÈRE

L'existence de violence conjugale correspond à une situation où la conjugalité constitue un point de fixation qui concentre l'essentiel de l'investissement de l'auteur, au détriment de son attention pour ses enfants. Il est donc probable que les difficultés individuelles et relationnelles affectent la dimension parentale.

Les caractéristiques communes le plus souvent retrouvées, à savoir l'immaturation, l'égoïsme, l'impulsivité et la dysthymie, auxquelles s'ajoute la fréquente consommation de toxiques et d'alcool, viennent interférer dans leur façon d'assumer leur rôle parental. De plus, ces pères tendent à transposer leur dynamique de contrôle dans la relation père-enfant.

Un père auteur de violence conjugale, non seulement ne se montre pas protecteur et garant des lois mais démontre la force de sa transgression.

Son comportement est souvent à l'origine d'une grande ambivalence affective chez l'enfant.

Il existe pourtant peu d'études concernant la parentalité des pères auteurs de violences conjugales ; mais celles-ci démontrent que les pères violents ont un style de parentalité différent de celui des pères non violents ; ils y sont décrits comme peu impliqués auprès des enfants, utilisant plus de renforcements négatifs que de renforcements positifs, se mettant facilement en colère, impliquant les enfants dans les conflits et pouvant instrumentaliser. Le risque de maltraitance semblerait également augmenté.

Pour certains l'autorité est utilisée comme exercice de leur force, et leurs rapports avec l'enfant sont faits d'injonction, d'humiliation, de dénigrement, de brutalité et de violence ;

pour d'autres encore leur volonté d'exercer leur parentalité se manifeste à travers leur besoin d'exercer un contrôle sur le partenaire via l'enfant. Ils cherchent ainsi à garder la proximité affective avec la mère.

Cependant cette image du père agressif et peu chaleureux est à nuancer ; il peut se montrer sensible au sujet des conséquences des violences sur l'enfant et ressentir de la culpabilité vis-à-vis de la répétition même s'ils sont malheureusement souvent rattrapés par les limites personnelles liées à leur propres troubles développementaux et à leur modèle éducatif.

Une étude, publiée en 2013 dans la revue internationale de l'éducation familiale (46), réalisée par des travailleurs sociaux canadiens avait pour objectif de comprendre comment les pères violents envers leur conjointe s'engagent auprès de leurs enfants, résolvent les conflits entre eux, décrivent la violence et ses effets sur leurs enfants et perçoivent les éléments qui influent sur leur paternité.

Sur un an des hommes ont alors été recrutés, dans trois organismes canadiens proposant des thérapies de groupe à cet effet sur les critères d'inclusion suivants : avoir exercé des comportements violents physiques, sexuels, psychologiques et/ou verbal envers leur conjointe ; avoir un ou plusieurs enfants avec cette conjointe dont au moins un leur est lié biologiquement ; avoir participé à la thérapie de groupe sur au moins six séances.

Les pères recevaient une compensation de 25\$ et étaient informés des limites de confidentialité dans la mesure où une information concernant les enfants laissait présager qu'ils étaient en danger.

Vingt-deux pères volontaires ont ainsi été recrutés dont l'âge moyen se situait entre 30 et 50 ans. La majorité était peu scolarisée, gagnait peu d'argent et avait des enfants mineurs dont un tiers d'âge préscolaire. Près des deux tiers ne vivaient pas avec la mère de leurs enfants et près de la moitié n'avait pas la garde.

Les hommes étaient reçus par l'un des chercheurs de l'étude et un assistant de recherche au même endroit que pour les thérapies de groupe, sur la base d'un entretien individuel semi dirigé.

Trois thèmes s'y retrouvaient : la perception de leur relation avec leur(s) enfant(s), les comportements violents et les conséquences de la violence sur l'enfant.

Une analyse de contenu thématique était ensuite réalisée.

Les résultats mettent en évidence trois facteurs qui influencent la paternité de ces hommes : individuel, familial et socio-économique.

Tous pensent que leur violence nuit considérablement à leur relation avec leur enfant, que leur désir de contrôler leur conjointe consommait beaucoup de leur énergie, de telle sorte qu'il leur en restait peu pour s'investir auprès de leur enfant. La violence créait un environnement familial malsain dans lequel les enfants étaient en état d'alerte.

La majorité avouent également avoir exercé une discipline abusive et avoir déjà été violents à l'égard des enfants, avant d'entreprendre la démarche d'aide. Ces comportements engendraient une limitation ou une cessation des contacts entre le père et ses enfants.

Ils évoquent aussi leur consommation de drogues et alcool qui diminuent la confiance de l'enfant à leur égard et les rendaient insensibles à leurs enfants, moins enclins à assumer leurs responsabilités et moins susceptibles d'être disponibles pour eux.

Concernant leur histoire personnelle presque tous ont dépeint un portrait sombre de leur enfance.

Au niveau familial quelques pères indiquent que les problèmes de santé mentale et de consommation de la mère ainsi que les problèmes de comportements de l'enfant influencent leur rapport à l'enfant.

Enfin, la référence aux attitudes et croyances en ce qui concerne les rôles parentaux, les pressions qu'ils ressentent en lien avec leur travail, de même que leur précarité sont susceptibles d'influencer leur façon de se comporter envers leurs enfants.

Trois types de paternité ont pu ainsi se dessiner : la paternité « traditionnelle et familialiste », la paternité « moderne » où l'homme fait des efforts en vue de ne pas se limiter à la seule fonction de pourvoyeur en exerçant des tâches ménagères et en participant aux soins et à l'éducation des enfants, et celle où il existe une tension entre les pratiques de la première et les représentations de la deuxième.

Ainsi donc, ces pères tentent de créer une relation plus saine avec leurs enfants, mais se retrouvent toutefois souvent à court de moyens pour lier une relation profonde et de confiance avec lui.

Grâce au processus de changement développé par la thérapie ils peuvent constater leurs forces, leurs faiblesses, leurs manquements. En revanche ils désirent s'améliorer, particulièrement comme père.

Ils sont de l'avis que leur violence, même si elle se manifeste uniquement dans un contexte conjugal, transcende leur paternité : elle mobilise leur énergie, mine les relations parentales et conjugales et provoque la peur et la méfiance à la fois chez leur conjointe et chez l'enfant.

Ils expriment d'ailleurs le besoin d'une intervention plus approfondie pour travailler la relation avec leur enfant.

Les auteurs concluent en soulignant l'importance des préoccupations soulevées par rapport aux pratiques parentales des pères dans un contexte de violences conjugales et celle d'intervenir avec vigilance auprès d'eux et de leur famille. Ils constatent en effet que ces pères, à l'aide de thérapie de groupe pour auteur de violences conjugales, peuvent entreprendre des changements, ce qui peut avoir des répercussions positives dans leurs relations.

Comme toute étude, cette étude a ses limites : il se peut que ce soit les pères les plus concernés par leur relation avec leur enfant qui aient choisi de participer ; les limites de confidentialité, déjà décrites, peut avoir contribué à faire taire les pères sur certains événements et pensées ; enfin, la surévaluation de aspects positifs n'est pas à exclure.

Cependant cette étude est intéressante par ce qu'elle nuance les conclusions de certaines autres notamment en ce qui concerne l'image négatif que l'on peut avoir des pères violents et leurs modes parentaux.

6) FACTEURS DE PROTECTION (35)

Si l'exposition à la violence conjugale est une situation à risque dans laquelle certains enfants développent effectivement des symptômes, d'autres enfants n'en développent pas, du moins en ce qui concerne la symptomatologie recherchée, avec les outils de mesures utilisés.

Ainsi, si les enfants n'affichent pas de psychopathologie évidente, cela ne signifie pas forcément qu'ils se portent bien.

L'absence de symptômes chez les enfants exposés peut aussi permettre la mise en évidence de facteurs de protection susceptibles de limiter l'impact de l'exposition à la violence conjugale et/ou de la maltraitance subie directement.

Les facteurs de protection répertoriés ci dessous, le sont à partir d'études canadiennes.

Caractéristiques de l'enfant	Caractéristiques de la famille	Caractéristiques de l'environnement
<ul style="list-style-type: none"> - Force de caractère ou tempérament facile (style cognitif réfléchi et non impulsif, humeur positive, flexibilité) - Autonomie (estime de soi, confiance en soi, maîtrise de soi) - Maturité supérieure à son âge ; âge et niveau de développement au début de la violence (souvenir d'une époque sans violence) - 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 violences conjugales. Capacité de gérer le stress, de réagir rapidement aux événements menaçants, de s'adapter aux changements et d'aller chercher du soutien - Optimisme, espoir en l'avenir - Compétences sociales : altruisme, empathie, habiletés de communication et de résolution des problèmes, sens de l'humour, participation à des activités - Compétence cognitive et réussite scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Monoparentalité - Bonne adaptation du parent gardien - Bonne relation d'attachement mère/enfant - Bonne supervision parentale, discipline équilibrée et présence de règles claires - Conscience chez le parent de la souffrance que vit l'enfant - Capacité du parent d'offrir à l'enfant compréhension, affection, soutien et soins appropriés - Stratégies de résolution de conflits positives entre certains membres de la famille - Bonne communication, chaleur et interactions positives dans la famille - Degré d'intimité entre les membres de la famille qui respecte l'autonomie individuelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs ressources et opportunités dans la communauté - Bon réseau social de soutien - Relation émotionnelle significative avec au moins un adulte en dehors de la famille - Sentiment d'identification de l'enfant à la communauté et participation à des activités communautaires, de loisirs

Tableau 6 : Facteurs de protection de l'enfant exposé aux violences conjugales (adapté de (35))

Le sentiment de compétence que l'enfant s'attribue favorise nettement la diminution des difficultés d'adaptation. L'enfant ne peut développer ce sentiment s'il est seul. Pour ce

faire, il a besoin d'établir une relation significative avec un adulte qui l'écoute et qui l'aide à reconnaître ses propres capacités.

Ce sentiment de compétence personnelle, ou estime de soi, est peut être l'un des facteurs de protection les plus importants.

7) SITUATION DE SÉPARATION PARENTALE (17, 25)

Dans la vie des enfants, la peur de voir les parents se séparer ou divorcer est très présente ; ceux qui vivent dans un contexte de violence conjugale ne sont pas différents des autres quant à cette crainte.

Généralement, le conflit que vivent les conjoints et qui les incite à se séparer se fonde sur l'incompatibilité des attentes mutuelles et la recherche difficile de rapports plus satisfaisants.

Les différentes études menées sur le sujet montrent une augmentation significative des troubles psychologiques chez les enfants de parents séparés, mais si l'on prend en compte la présence des troubles avant la séparation, l'effet de celle-ci diminue notablement. Le divorce et la séparation parentale ne sont pas la cause première des troubles de l'enfant mais ont la même origine : troubles psychologiques d'un ou des deux parents, tentative d'exclusion de la relation à l'enfant contre l'un des parents, mésentente conjugale...

Il semblerait que la séparation des parents à un âge précoce ne soit pas beaucoup plus perturbante et que les perturbations qui s'observent au moment de la séparation ou plus tard ne soient pas moins nombreuses mais de nature différente. Ainsi, les séparations à un âge précoce sont propices à des difficultés de séparation précisément au moment de la

période de latence quelque soit le sexe de l'enfant. Celui-ci, en revanche, intervient fortement à la période oedipienne et post-oedipienne : pour la petite fille, une séparation à la période oedipienne renvoie plutôt les difficultés à l'adolescence, tandis que chez le garçon elle les renvoie plutôt à la période de latence. Quant à la période post-oedipienne elle semblerait plus favorable aux filles qu'aux garçons.

Les situations de violences conjugales se distinguent par des éléments comme la prise de contrôle sur l'autre conjoint, la domination et la dangerosité. Ce dernier élément est bien documenté par des statistiques d'homicides conjugaux et de drames familiaux qui se produisent pendant la vie commune, à l'annonce d'une rupture ou après une séparation. La décision de la victime de se séparer du conjoint violent peut être contrecarrée par le mécanisme d'emprise, l'absence d'autonomie financière, l'espoir d'une amélioration ou encore par la culpabilité. Certaines autres peuvent repousser l'idée de séparation, redoutant que le choix de cette option ne leur permette plus d'être en mesure de protéger leur enfant lors d'éventuels contacts père-enfant.

De plus, il n'y a aucune certitude que la rupture mette fin à la violence. En effet, la séparation est une situation particulièrement à risque pour la victime et pour l'enfant, car elle peut être à l'origine d'un passage à l'acte du conjoint violent. Dans certaines situations donc, elle peut l'exacerber.

La manipulation et les représailles de toutes sortes envers le conjoint ou ex conjoint victime sont plus susceptibles d'être à l'oeuvre que les préoccupations liées au bien être de l'enfant.

Quelque soit la décision que la victime prend, les conséquences sont nombreuses et provoquent beaucoup de stress, tant pour elle que pour ses enfants.

Dans une séparation dans un contexte de violence conjugale, la victime est accaparée par de multiples procédures judiciaires, en plus de l'être par les tâches inhérentes à toutes démarches de séparation. L'ensemble de ces démarches spécifiques s'inscrit en plus des activités quotidiennes habituelles de la victime. Elle n'a donc pas le temps de vivre le deuil affectif lié à la rupture et elle devient souvent tendue, anxieuse et irritable. Dans certains cas également, et malgré les précautions prises, les enfants sont parfois amenés à témoigner de ce qu'ils vivent et cela entraîne beaucoup d'anxiété.

Les réactions de l'enfant sont diversifiées, mais le conflit de loyauté est en général très présent. Certains sont anxieux, agressifs ou ils feignent l'indifférence. D'autres blâment leur mère et manifestent le goût de vivre avec leur père alors que d'autres encore ressentent de la culpabilité.

La rupture peut aussi signifier la joie et le soulagement, les enfants appréciant alors le climat familial plus calme, et le comportement parfois plus positif de leur parent violent.

Dans d'autres situations enfin, la détente est de courte durée, voire inexistante ; la violence peut s'exercer au téléphone (harcèlement, menaces, chantage) ou lors des visites et de leurs retours (cris, bousculade, reproches...) ; les rencontres entre les parents pour les droits de visites et d'hébergement par exemple, peuvent en effet être un moyen de continuer à dominer, menacer, être violent sur la victime et d'instrumentaliser l'enfant. Ainsi, des passages à l'acte parfois dramatiques peuvent avoir lieu dans ce contexte.

Il est donc important de s'assurer que l'état psychologique et affectif du parent violent n'engendre pas des risques supplémentaires pour la sécurité de la victime et de l'enfant, d'autant plus s'il existe un trouble mental associé.

La rupture vient exacerber un mode de fonctionnement psychique et interpersonnel déjà problématique ; il faut se montrer particulièrement attentif aux idéations, aux propos, aux

menaces et aux gestes à caractère suicidaire du conjoint violent en situation de rupture. D'autres signes d'alerte quant à l'exacerbation de telles violences sont à considérer notamment l'impact financier lié à la rupture, les idéations, propos, menaces ou gestes à caractère homicide, les obsessions et distorsions cognitives ainsi que la consommations de drogues ou d'alcool.

Dans de telles situations le maintien du lien père-enfant devrait pouvoir être suspendu jusqu'à ce qu'elle s'apaise.

Situation clinique : *Valentine est une adolescente de 15 ans adressée par son médecin traitant aux urgences pédopsychiatriques pour un syndrome anxiodépressif sévère. On ne retrouve pas d'antécédents médico-chirurgicaux personnels particuliers. Elle a été suivie depuis l'enfance par un pédopsychiatre, mais de manière intermittente, pour un trouble anxieux dans évoluant dans un contexte de violences conjugales. Elle l'a arrêté il y a un an.*

Valentine vit seule avec sa mère, n'ayant ni frère et soeur, depuis la séparation de ses parents ayant eu lieu 4 ans auparavant suite au passage à l'acte violent de Monsieur sur sa fille après un long passé de violences conjugales.

Le jugement a statué sur l'hébergement chez le père un week end sur deux et la moitié des vacances ; en pratique cet hébergement est beaucoup plus aléatoire.

Madame a désormais un nouveau compagnon mais qui ne vit pas avec elles.

Elle est scolarisée en 3ème après un redoublement ; elle a peu d'amis et aucune activité extra scolaires.

L'histoire de la maladie est marquée par l'aggravation progressive depuis un an, d'un syndrome anxiodépressif évoluant, comme nous l'avons vu, depuis l'enfance avec un désintérêt et un désinvestissement général et notamment scolaire jusqu'au tableau clinique actuel associant isolement, repli, tristesse ainsi qu'idées suicidaires quotidiennes.

Elle peut exprimer qu'elle vit dans la peur constante d'un passage à l'acte de son père sur sa mère ou sur elle ; en effet Monsieur envoie régulièrement des messages de menaces à Valentine la concernant directement ou concernant sa mère. Monsieur peut également faire irruption dans les camp et autres lieux de prise en charge psychosocial pour demander l'interruption exprès d'un suivi.

La séparation semble avoir exacerbé cette peur et conduit Valentine à cet état de dépression marquée.

La justice serait déjà avertie des actes du père, d'après Madame.

En entretien, je reçois avec l'infirmier de l'unité, Valentine et sa mère ensemble puis Valentine seule.

Valentine apparaît très repliée et fermée, surtout en présence de sa mère, et il existe une tristesse majeure ainsi qu'une tension psychomotrice et une souffrance morale tout aussi importantes. Elle dit avoir des idées suicidaires mais sans que celle-ci soient scénarisées. Son médecin traitant, inquiet de la voir ainsi, a d'ailleurs instauré depuis quatre jours un traitement par antidépresseur à faible posologie.

Madame est d'un contact particulier et adopte parfois des attitudes inadaptées parallèlement à une instabilité motrice et des difficultés d'orientations dans le temps. Elle se montre très plaintive, évoquant à de multiples reprises des douleurs chroniques.

Valentine nous dira que sa mère consomme et abuse des antalgiques, ce qui pourrait expliquer le contact et les attitudes particulières.

Inquiets pour cette adolescente nous décidons de l'orienter vers le service de pédopsychiatrie de son secteur par une hospitalisation en pédiatrie avec intervention de la pédopsychiatrie de liaison.

Cette situation évoque les conséquences possibles d'une séparation dans un contexte de violences conjugales, avec l'utilisation de l'enfant comme médiateur de la poursuite des violences sur le conjoint et les effets néfastes sur le développement de l'enfant. De plus, nous avons ici également le cas d'une mère très déprimée, se plaignant de symptômes somatiques et abusant de médicaments opiacés, ne permettant pas d'assurer de manière adéquate et satisfaisante la protection de sa fille et de répondre à ses besoins.

Étant donné qu'un dossier judiciaire était déjà ouvert concernant la famille, la question d'une information préoccupante ou d'un signalement n'a pas été soulevée mais je pense à présent que l'état actuel de la situation le justifiait.

La violence conjugale, par les conséquences qu'elle peut engendrer à la fois sur la victime et sur l'enfant, transcende le lien conjugal et interfère avec la parentalité. En effet, l'enfant développe plus souvent des troubles psychosomatiques, psychoaffectifs, cognitifs et relationnels. Le risque de maltraitance, aussi bien de la part de l'auteur que de la victime, est également augmenté. Le retentissement de la violence conjugale sur l'enfant exposé n'est d'ailleurs pas différent de l'enfant directement maltraité.

De même, le climat de peur et de tension, l'imprévisibilité et l'instabilité relationnelles et comportementales peuvent expliquer que ces enfants développent plus souvent un attachement insécuré, d'autant plus qu'on retrouve fréquemment un syndrome dépressif chez la victime et une consommation d'alcool, de drogues ou de psychotropes à la fois chez l'auteur et chez la victime ; or, en plus des caractéris-

tiques structurelles des parents, ces facteurs sont à risque de parentalité dysfonctionnelle.

La dynamique relationnelle concentre l'énergie des deux parents sur le conjugal, les rendant moins disponibles, contenantants et rassurants pour l'enfant. De plus, cette même dynamique finit par faire intervenir l'enfant qui devient à son tour acteur dans la situation.

Il existe néanmoins des facteurs de protection atténuant ces conséquences ; c'est le cas notamment de l'estime de soi que développe l'enfant, permise par une relation de confiance, stable, durable et sécurisée avec un adulte de son environnement. Enfin, contrairement à ce que l'on pourrait penser, la séparation n'est pas toujours à l'origine d'un apaisement et peut même parfois exacerber les violences, mettant alors doublement en danger l'enfant qui peut être instrumentalisé et de ce fait venir cristalliser les violences.

L'intervention de la justice quand au mode de garde et au maintien des relations parent-enfant a alors ici toute son importance, de même que la prise en charge médico-psycho-sociale de tous les membres de la famille.

V- PRISE EN CHARGE

Les situations de violences conjugales sont complexes, ce qui rend sa prise en charge d'autant plus délicate ; en effet, elle doit considérer à la fois, le père et la mère individuellement, le couple, les parents et l'enfant.

Une telle prise en charge ne peut se faire par un seul intervenant ; ainsi, celle-ci nécessite une juste articulation entre les champs médicaux, sociaux, administratifs et judiciaires et un travail en réseau de qualité.

À terme l'objectif sera d'ouvrir le système familial vers l'extérieur.

De plus en plus de structures de prise en charge de ces situations commencent à voir le jour mais encore actuellement la difficulté reste celle du cloisonnement des prises en charge et du manque de moyens. Ainsi ce sont surtout les associations, les CHRS (pour les victimes et les enfants), les CMP (pour la victime, l'auteur, les enfants, la famille) ou les intervenants des milieux judiciaires et pénitentiaires (pour les auteurs) qui se chargent de ce travail.

Ce qui va suivre repose sur ce qui serait, dans l'idéal, souhaitable.

1) PRISE EN CHARGE DE L'AUTEUR ⁽¹⁹⁾

Outre les mesures pénales déjà décrites et nécessaires, les acteurs du champ médico-psycho-social se doivent également d'être présents dans la prise en charge des auteurs de violence conjugale.

L'évaluation de l'auteur de violence conjugale doit porter sur :

- le profil de personnalité, qui va orienter la prise en charge.
- l'évaluation criminologique, portant sur plusieurs axes : le rapport aux faits, le rapport à la responsabilité, le vécu émotionnel du passage à l'acte, l'appréhension du retentissement psychologique pour la victime et l'enfant, et le rapport à la loi.
- la recherche de thématiques existentielles spécifiques difficiles pour le sujet, par exemple la jalousie, la peur de perdre, la gestion des conflits, ou encore, de manière plus approfondie, la difficulté à faire confiance à l'autre et à lui même, et certains modes relationnels particuliers.

Il convient également de rechercher la prise de drogues, de médicaments ou d'alcool et l'existence de troubles mentaux.

L'objectif thérapeutique dans la prise en charge d'un conjoint violent, au delà de la cessation des actes violents, vise essentiellement la modification des modalités de relation à soi même et aux autres, par l'intégration la plus large possible des éléments constitutifs de la personnalité.

Dans un grand nombre de cas, les soins passent par une mesure d'obligation de soins prononcée par le juge.

Plusieurs modalités peuvent être proposées, l'idéal étant de coupler thérapie individuelle et thérapie de groupe.

Concernant les thérapies individuelles elles peuvent être de type thérapie de soutien ou thérapie psychodynamique ; ces dernières sont limitées notamment quant à l'interprétation du transfert et sont essentiellement réservées aux sujets immaturo-névrotiques. La majori-

té sera donc orientée vers une thérapie de soutien, visant à renforcer certains aspects de la personnalité plus qu'à les modifier.

Quant à la thérapie de groupe, elle nécessite une hétérogénéité permettant d'évoquer des problématiques et des points de vue variés et d'installer une écoute mutuelle.

Chacun peut apprendre de l'autre, de l'autocritique et des remarques des autres protagonistes.

Plusieurs thématiques et difficultés peuvent ainsi être abordées, en relativisant le vécu de stigmatisation.

Dans un premier temps ce sont les niveaux de reconnaissance qui évoluent ; le sujet est alors plus authentique sur les faits reprochés, sur sa responsabilité, sur son ressenti, sur sa souffrance et sur la réalité de l'autre. Dans un deuxième temps il peut comprendre certains éléments de contexte psychologique ayant contribué à sa violence. Dans un troisième temps il peut développer une autocritique plus importante lui permettant, dans un quatrième temps d'apprendre à vivre autrement les conflits sans que cela n'aboutisse systématiquement sur la violence.

Enfin, si l'on retrouve une problématique addictive ou un trouble mental plus spécifique, l'orientation vers une consultation spécialisée est de mise.

2) PRISE EN CHARGE DE LA VICTIME

Plusieurs professionnels peuvent être concernés : sages femmes, médecins (urgentistes, médecin généraliste, gynécologue...), travailleurs sociaux ou encore services de police.

Il convient tout d'abord de repérer les victimes ; en effet, on sait la difficulté de dire et le poids du secret dans ces situations. Pour cela il faudrait pouvoir poser systématiquement la question des violences et valider la parole de la victime.

Ensuite, il est important de nommer la violence, en ce qu'elle a d'interdit, de rassurer la victime quant au fait que des dispositifs d'aide existent, et de pouvoir l'accompagner vers les professionnels et structures compétents. Cela permet d'introduire un tiers dans une relation marquée par des rapports de force et d'attachements complexes se jouant entre tous les membres de la famille et surtout de protéger la victime.

Enfin vient le temps pour l'aider à sortir de la situation de violence conjugale.

La protection de la victime passe notamment par la mesure d'éviction du domicile du conjoint violent ou l'hébergement d'urgence en CHRS.

Celui-ci va permettre d'accueillir la victime et ses enfants, de revenir sur le contexte, de restaurer des rythmes et des repères, d'assurer sa sécurité, d'accompagner les jeunes mères et de proposer des thérapies de groupe.

Elle pourra également être orientée vers une thérapie individuelle.

La prise en charge va s'axer sur la verbalisation, l'expression des sentiments, la renarcissation et le développement de l'estime de soi, l'apprentissage de solutions alternatives à la violence dans la gestion des conflits ainsi que l'individualisation, l'autonomisation et le développement de liens avec les pairs.

L'aider à sortir de l'emprise et de la victimisation est essentiel afin d'éviter la répétition.

3) PRISE EN CHARGE DU COUPLE ET DES PARENTS (16, 47)

Qu'en est-il des thérapies de couple et de la médiation ?

Tout d'abord, l'accord des deux membres du couple est requis.

Ensuite, plusieurs conditions sont nécessaires, car une thérapie de couple ou une médiation ne peut pas se faire à n'importe quel moment ; au préalable, le conjoint violent doit reconnaître les faits qui lui sont reprochés, appréhender le retentissement psychologique sur l'autre conjoint et sur ses enfants, être engagé dans un processus de changement, dont notamment un suivi individuel et surtout, à mon sens, la violence doit avoir cessé.

Cela peut les aider à réengager une relation de couple selon d'autres modalités mais aussi les aider à se séparer ou, en cas de séparation déjà effective à exercer leur rôle parental sans violence et avec le moins de retentissement possible sur l'enfant.

Concernant justement cet aspect, il semble plus que nécessaire d'aider les parents dans ce rôle. Il est important d'intégrer la parentalité dans le suivi des situations de violences conjugales et de chercher à améliorer les liens entre l'enfant et ses parents si cela est possible.

Il conviendra d'évaluer la relation de chacun des parents avec son enfant, leur capacité à subvenir aux besoins de celui-ci et de rester vigilant quant aux recommandations concernant les modalités de garde ou de visite accordées au conjoint violent.

C'est là qu'intervient la justice, même s'il lui est parfois difficile de trouver l'équilibre entre maintien des liens et protection ; lors de la mise en examen d'un conjoint pour violence conjugale, si la violence persiste, qu'elle soit physique, psychologique, verbale ou sexuelle - et c'est le cas le plus fréquent - et que le couple est séparé, la coparentalité telle qu'on la connaît et telle qu'elle est appliquée dans toutes les situations de séparation, est contre-indiquée en contexte de violences conjugales ; ainsi, d'autres modalités de contact parent-

enfant devraient être considérées, comme par exemple la mise en place d'un dispositif de visites en lieu neutre pour l'exercice des droits parentaux de manière immédiate et systématique. Il en va de la protection des enfants.

De même, la reprise de contact de l'enfant avec le parent violent après une condamnation ou une période de suppression des visites devrait également passer par un dispositif de médiatisation, afin que le parent ne continue pas à exercer la violence à travers son enfant.

Les compétences parentales du conjoint victime des violences devraient aussi pouvoir être évaluées, pour s'assurer qu'il est correctement protégé, entouré, soutenu et pas trop envahi par sa propre souffrance pour pouvoir accueillir et soulager celle de son enfant, assurer son bon développement physique, émotionnel et psychologique et qu'il est lui-même pris en charge sur le plan psychologique et engagé dans un processus de changement, afin de donner toutes les chances à son enfant de ne pas être ré-exposé à une situation de danger, tant on sait combien le mécanisme d'emprise et autres difficultés personnelles favorisent le retour à la situation de violence conjugale. Le départ du domicile de l'un ou l'autre conjoint ne garantit donc pas que la situation change, d'où l'importance d'une prise en charge solide et cohérente.

Dans le cas où le couple n'est pas séparé mais que les violences sont portées à la connaissance de la justice, une mesure d'éviction du domicile du conjoint violent devrait permettre d'assurer la protection de la victime ; dans les cas où il n'y a pas eu de judiciarisation mais que l'un ou l'autre ou les deux sont en demande d'aide, chaque professionnels interpellé devrait pouvoir, comme on l'a vu orienter ou prendre en charge directement les membres du couple, dans les limites du secret professionnel en cas de situation de danger des enfants, pour laquelle une information préoccupante voire un signalement serait transmis aux autorités compétentes.

4) PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Pour garantir à l'enfant un environnement garant de sa protection et lui permettant un bon développement, il faudrait pouvoir le stabiliser dans un cadre de vie sécurisant et que la violence cesse.

Au même titre que les parents ensemble et/ou séparément seront accompagnés et pris en charge, l'enfant doit l'être aussi, car il participe à cette dynamique familiale délétère.

La prise en charge aura pour objectifs d'aider l'enfant à :

- verbaliser et avoir le sentiment de pouvoir le faire librement
- identifier, exprimer et gérer ses émotions, notamment celles de peur, de colère et de honte
- sortir d'une problématique de victime, de répétition ou de rigidité des symptômes
- évoluer vers une construction plus positive de lui même (estime de soi) en réinvestissant les plans scolaire et social
- mobiliser les ressources protectrices de chaque membre de la famille et de l'environnement

L'évaluation portera sur le fonctionnement psychologique de l'enfant , la présence de signes de souffrances psychique, sa situation de vie, la nature et la fréquence des violences et la présence de maltraitance.

L'intervention pourra se faire en groupe en orientant vers l'expression de leur propre violence, leur sentiment de sécurité et l'identification de leurs émotions, ou en individuel, plus

focalisée sur le traitement de la souffrance post traumatique, l'aide à l'intégration de son vécu de manière plus adaptée et la diminution de l'intensité des symptômes.

La prise en charge des situations de violences conjugales appellent à une intervention pluridisciplinaire comprenant les intervenants des champs judiciaire, médical, psychologique et social.

Tout d'abord il convient de protéger la victime et les enfants et de condamner l'auteur ; en cas de séparation, les modalités de garde et de visites devraient être systématiquement questionnées et adaptées aux circonstances, en prenant en compte le risque d'instrumentalisation et d'utilisation de l'enfant.

Chacun des membres de la famille devrait pouvoir faire l'objet d'une prise en charge individuelle ou groupale et un travail autour du couple et de la parentalité devrait également être mis en place.

CONCLUSION

Le couple utilisant les formes les plus primitives de la vie psychoaffective, sa pathologie est proche de la pathologie du narcissisme, où l'un ou l'autre, ou les deux partenaires sont incapables de fonctionner autrement que par leurs mécanismes de défense primaires. La violence conjugale en fait partie, à cette différence qu'elle intéresse, en plus des acteurs médico-psycho-sociaux, les acteurs du système judiciaire ; elle est au minimum considérée comme un délit, et la qualité de partenaire, ou ancien partenaire, est une circonstance aggravante.

La violence conjugale est à bien distinguer du conflit, qui existe dans tous les couples. Elle peut être de nature physique, psychologique et verbale, sexuelle, matérielle et économique ou encore se servir de l'enfant pour atteindre l'autre conjoint.

En 2000, en France, le taux de femmes victimes de violences conjugales, toutes formes confondues, était de 10% sur les douze derniers mois ; tous les milieux socio-professionnels sont touchés.

Elle se définit comme un processus évolutif et cyclique qui appelle à une dynamique relationnelle basée sur un fonctionnement d'emprise dans le cadre d'une relation intime avec une volonté de dominer et contrôler l'autre ; la relation prend alors un caractère inégalitaire et asymétrique. Cette notion de dynamique relationnelle est importante dans le champ de la psychopathologie car elle permet de sortir d'une vision manichéenne du « méchant » et du « gentil ». Il n'est en effet pas rare que les situations de violences conjugales soit le symptôme d'un dysfonctionnement conjugal voire familiale général, d'où l'importance de prendre en considération l'enfant quand on intervient dans la prise en charge. Cela implique de s'intéresser à la parentalité et aux conséquences de l'enfant exposé à la violence de ses parents.

La parentalité renvoie au fait de devenir père ou mère et à l'ensemble des remaniements psychiques, représentations mentales, affects, désirs et comportements en relation avec l'enfant et permettant de l'investir et de créer des liens d'attachement. Elle comprend l'identité juridique de parents, l'expérience subjective, consciente et inconsciente de devenir parent et de remplir ce rôle ainsi que les tâches quotidiennes à remplir auprès de l'enfant. L'exposition s'entend comme le fait d'assister visuellement aux violences, de les entendre ou de constater les effets de celles-ci. L'impact sur l'enfant, qui ne se différencie pas de celui de l'enfant maltraité, peut être d'ordre psychosomatique, psychoaffectif, avec notamment l'état de stress post traumatique, cognitives ou encore scolaire et relationnel ; il diffère selon l'âge et le sexe et se répercute jusqu'à l'âge adulte, dans les relations conjugales et dans l'accès à la parentalité. L'observation de liens d'attachement insécure est également plus fréquente. Cela peut s'expliquer par le fait que la violence conjugale transcende le couple et interfère avec la parentalité. Le fait que la grossesse soit un facteur de risque d'apparition ou d'aggravation de violence conjugale est en ce sens éloquent.

De même, le risque est de voir l'enfant exposé s'engager dans un processus de répétition ; les auteurs et les victimes de violences conjugales rapportent d'ailleurs plus souvent une enfance marquée par de la violence intrafamiliale .

Les parents ont le devoir de répondre aux besoins de leur enfant : besoins physiologiques comme ceux de protection et de sécurité physique, d'affection et de socialisation.

Or, il est retrouvé dans la littérature plus de syndromes anxiodépressifs et post traumatiques ainsi que plus de plaintes somatiques et de conduites addictives chez les victimes de violences conjugales, tandis que chez l'auteur les traits communs sont marqués par l'immaturité, l'égoïsme, l'impulsivité et la dysthymie. Cela conduit le plus souvent à des styles parentaux défailants, ne permettant pas de répondre aux besoins élémentaires de l'enfant. La peur, les préoccupations, les sentiments de honte et de culpabilité ou de colère et de rage cristallisent souvent l'attention et l'énergie dans le couple, au détriment

de l'enfant. Sans compter que la dimension maternelle est souvent attaquée par le père violent.

Ainsi, les mères se comportent différemment selon la présence ou l'absence du père violent et le père violent est plus souvent autoritaire, utilise plus de renforcements négatifs que de renforcements positifs et tend à transposer la dynamique de contrôle sur la relation père-enfant.

La maltraitance et la négligence sont également plus fréquentes dans de tels contextes. Cependant, il est important de souligner qu'être mère ou père dans ces situations ne veut pas dire être mauvais parents ; cela veut dire que la situation ne permet pas de créer, la plupart du temps, un contexte favorable au développement serein et harmonieux de l'enfant et que les conséquences peuvent être graves. La détresse psychologique de la mère, le déni et l'absence de remise en question du père seront dans ce cas des facteurs péjoratifs.

Les facteurs de protection sont alors ici importants ; ainsi un réseau familial élargi ou social contenant et sécurisant, une personne avec qui l'enfant peut créer des liens d'attachement sécurisés, un parent capable de résilience, attentif et disponible et le sentiment d'estime de soi sont des facteurs importants à rechercher ou à activer.

La séparation, contrairement à ce que l'on pourrait penser, n'est pas systématiquement synonyme d'amélioration ou de cessation des violences, et peut même les exacerber et faire de l'enfant un instrument de continuation ; séparer couple conjugal et couple parental peut alors s'avérer dangereux, les liens entre l'enfant et le conjoint violent devant parfois être interrompus, au moins temporairement ou les visites se faire en lieu neutre.

Ces considérations permettent de comprendre tout l'enjeu de la prise en charge de telles situations.

Elle doit mobiliser à la fois la justice, qui se prononce sur la condamnation de l'auteur et met en place des mesures de protection pour la victime et les enfants et le champ médico-

psychosocial qui va entendre, aider et accompagner aussi bien l'auteur, la victime et l'enfant que le couple et la famille si le travail en amont le permet.

La parentalité doit également faire l'objet d'une attention accrue et devrait systématiquement être travaillée, à la fois avec le père et avec la mère.

Si chacun des deux protagonistes parvient à lever le déni des actes de violences et s'engage dans un processus de changement visant à en briser le cycle et à permettre de s'engager dans une nouvelle relation - avec le même partenaire ou non - plus équilibrée et égalitaire, utilisant d'autres moyens de résolution des conflits que la violence, il est probable que ces conséquences négatives en soient atténuées. Et qu'on parvienne à prévenir la répétition chez l'enfant exposé.

D'où l'importance de développer les moyens nécessaires à de telles prises en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) J-G LEMAIRE, « Le couple : sa vie, sa mort », Éditions Payot & Rivages, 2005
- (2) P. CAILLÉ, « Un et un font trois. Le couple d'aujourd'hui et sa thérapie », Édition Fabert, 2004, 4e édition, 15-57
- (3) MAESTRE Michel, « Le couple dans tous ses états », Cahiers Critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux, 2009/1 n°24, p. 67-86. DOI : 10.3917/CTF.042.0067
- (4) P. BRENOT, « Inventer le couple », Éditions Odile Jacob, 2003.
- (5) P. BRENOT, «Psychodynamique du couple », www.aihus.fr
- (6) J. WILLI, «La relation de couple. Le concept de collusion », Delachaux & Niestlé, Paris, 1982
- (7) V. GARCIA , « Violences dans le couple et fractures individuelles », Santé mentale n°32, novembre 2008, 32-35
- (8) H. BONNEL, L. DUPEYRAS, « Les thérapies systémiques », cours de séminaire « initiation aux thérapies systémiques », DES de psychiatrie Lille, année universitaire 2013-1014.
- (9) P. WATSLAWICK , J. HELMICK, D-D. JACKSON « Une logique de la communication », Points Essais, 2014
- (10) DELAGE Michel, « Comment s'attache t-on dans un couple ? », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux, 2009/1 n°42, p. 87-105. DOI : 10.3917/ctf.042.0087
- (11) Enquête ENVEFF, 2000
- (12) R. HENRION, « Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre chargé de la santé », La documentation française, 2001.

- (13) Définitions de l'OMS
- (14) Sous la direction de K. SADLIER, « L'enfant face à la violence dans le couple », Dunod, Paris, 2010, 35-93
- (15) S. TISSERON , « Violence et agressivité, une distinction essentielle », Santé mentale février 2012, n° 165, 6-7
- (16) C. VASSELIER-NOVELLI, M. DELAGE, P. DANIEL, C. HEIM, « Enfants victimes de violences conjugales », Édition Fabert, Paris, janvier 2014
- (17) I. CÔTÉ, L.-F. DALLAIRE, J.-F. VÉZINA, « Tempête dans la famille. Les enfants et la violence conjugale », 2e édition, CHU Sainte-Justine, Le centre hospitalier universitaire mère-enfant.
- (18) M.F HIRIGOYEN, « De l'emprise à la violence », Santé mentale novembre 2008, n°132, 50-53
- (19) Sous la direction de R. COUTENCEAU et J. SMITH, « Violence et famille. Comprendre pour prévenir », Dunod, Paris, 2011, 68-111.
- (20) TALBOT F, et al, « Les dimensions du narcissisme et de l'estime de soi comme prédicteurs de l'agression en lien avec la violence conjugale », Ann Med Psychol (Paris) (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.005>
- (21) C. LAMY, F. DUBOIS, N. JAAFARI, T. CARL, P. GAILLARD, V. CAMUS, W. EL HAGE, « Profil clinique et psychopathologique des femmes victimes de violences conjugales psychologiques », Revue d'épidémiologie et de santé publique 57 (2009) 267-274
- (22) D. MARCELLI, D. COHEN, « Enfance et psychopathologie », Elsevier Masson, 2012, 9e édition, 58-59
- (23) C. JONAS, « Le secret professionnel des médecins. Dérogations ou conduites à tenir dans quelques situations fréquentes et délicates », tome 2, laboratoire Eisai.
- (24) G. BRUWIER, « La grossesse psychique : l'aube des liens », éditions faubert, yapa-ka.be, 2012

- (25) G. POUSSIN, « La fonction parentale », Dunod, Paris, 2004, « 3e édition.
- (26) FRASCAROLO-MOUTINOT France *et al.*, « Couple conjugal et couple co-parental : quelle articulation lors de la transition à la parentalité ? », Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, 2009/1 n°42, P. 207-229. DOI : 10.3917/ctf.042.0207
- (27) Sous la direction de D. HOUZEL, « Les enjeux de la parentalité », Éditions érès 2012
- (28) M. BYDLOWSKI , « Je rêve un enfant. L'expérience intérieur de la maternité », Odile Jacob, 2010
- (29) A. BOUREGBA, « Les troubles de la parentalité. Approche clinique et socio-éducative », Junod, Paris, 2013, 55-143.
- (30) www.justice.gouv.fr, « L'autorité parentale »
- (31) J-P ROSENCZVEIG, « La justice et les enfants », Éditions Dalloz, 2013
- (32) J-P VOUCHE : « Les enfants emportés par le torrent », Santé mentale n° 32, novembre 2008, 79-82
- (33) M-J SAUREL-CUBIZOLLES, N. LELONG , « Violences familiales pendant la grossesse », J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (suppl. au n°1) : 2S47-2S53
- (34) LESSARD, G. et PARADIS, F. (2003), « La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection. Recension des écrits. » Institut national de santé publique du Québec.
- (35) N. SÉVERAC, « Rapport d'étude : Les enfants exposés à la violence conjugale. Recherches et pratiques », ONED, 2012
- (36) J. TURGEON, « Les enfants exposés à la violence conjugale, dépistage et intervention »,
Comité priorité violence conjugale.
- (37) Centre Québécois de ressources en portion de la sécurité et en prévention de la criminalité, « Enfants exposés à la violence conjugale », 2006, www.crpspc.qc.ca

- (38) M. DONG, RF ANDA, VJ FELLITI, « The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect and household dysfunction », in *Child Abuse Negl*, 28 (7), 771-784
- (39) N. SAVARD, C. ZAUCHE GAUDRON, « État des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2009, DOI : 10.1016/j.neuroenf.2009.11.008
- (40) Dossier thématique, coordonné par N. SAVARD, « La théorie de l'attachement : une approche conceptuelle au service de la protection de l'enfance », 2010, ONED
- (41) M. ANAUT, « Vivre les liens parents-enfants. De la nécessité d'attachement au risque de dépendance », *Chronique Sociale*, Lyon, juin 2014, 57-66
- (42) BION, « Une théorie de l'activité de la pensée », article étudié en séminaire d'introduction à la psychanalyse, animé par M. HENDRICKS et L. DELBOS, année universitaire 2011-2012, Des de psychaitrie, Lille.
- (43) L.L BACKER, A.J CUNNINGHAM, « Helping children thrive: supporting woman abuse survivors as mothers », London, ON, Centre for Children and Families in the Justice System.
- (44) C. VASSELIER-NOVELLI, C. HEIM, « Les enfants victimes de violences conjugales », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseau*, 2006/1, n°36, p. 185-207. DOI : 10.3917/ctf.036.0185
- (45) B. BASTARD, « Un conjoint violent est-il un mauvais parent ? », yapaka.be, 2013
- (46) BOURASSA Chantal *et al.*, « La paternité en contexte de violence conjugale », *La revue internationale de l'éducation familiale*, 2013/1 n°33, p. 149 à 167. DOI : 10.3917/rief.033.0149
- (47) S. FALL, « Mauvais conjoint, bon parent ? Des liens parentaux dans la violence conjugale », article posté sur le site <http://www/memoiretraumatique.org/>

ANNEXES

Convention Internationale relative aux Droits de l'Enfant (1989) - Texte intégral (issues de www.droits-enfant.org)

Préambule

Les États parties à la présente Convention,

considérant que, conformément aux principes proclamés dans la Charte des Nations Unies, la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine ainsi que l'égalité et le caractère inaliénable de leurs droits sont le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde;

ayant à l'esprit le fait que les peuples des Nations Unies ont, dans la Charte, proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils ont résolu de favoriser le progrès social et d'instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande;

reconnaissant que les Nations Unies, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et dans les pactes internationaux relatifs aux droits de l'homme, ont proclamé et sont convenues que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation;

rappelant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations Unies ont proclamé que l'enfance a droit à une aide et à une assistance spéciales;

convaincus que la famille, unité fondamentale de la société et milieu naturel pour la croissance et le bien-être de tous ses membres et en particulier des enfants, doit recevoir la protection et l'assistance dont elle a besoin pour pouvoir jouer pleinement son rôle dans la communauté;

reconnaissant que l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, doit grandir dans le milieu familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension;

considérant qu'il importe de préparer pleinement l'enfant à avoir une vie individuelle dans la société, et de l'élever dans l'esprit des idéaux proclamés dans la Charte des Nations Unies, et en particulier dans un esprit de paix, de dignité, de tolérance, de liberté, d'égalité et de solidarité;

ayant à l'esprit que la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et dans la Déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale le 20 novembre 1959, et qu'elle a été reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (en particulier aux articles 23 et 24), dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (en particulier à l'article 10)

et dans les statuts et instruments pertinents des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se préoccupent du bien-être de l'enfant;

ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, «l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance»;

rappelant les dispositions de la Déclaration sur les principes sociaux et juridiques applicables à la protection et au bien-être des enfants, envisagés surtout sous l'angle des pratiques en matière d'adoption et de placement familial sur les plans national et international, de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies concernant l'administration de la justice pour mineurs (Règles de Beijing) et de la Déclaration sur la protection des femmes et des enfants en période d'urgence et de conflit armé;

reconnaissant qu'il y a dans tous les pays du monde des enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles, et qu'il est nécessaire d'accorder à ces enfants une attention particulière;

tenant dûment compte de l'importance des traditions et valeurs culturelles de chaque peuple dans la protection et le développement harmonieux de l'enfant;

reconnaissant l'importance de la coopération internationale pour l'amélioration des conditions de vie des enfants dans tous les pays, en particulier dans les pays en développement;

sont convenus de ce qui suit :

Première partie

Article premier

Au sens de la présente Convention, un enfant s'entend de tout être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable.

Article 2

1. Les Etats parties s'engagent à respecter les droits qui sont énoncés dans la présente Convention et à les garantir à tout enfant relevant de leur juridiction, sans distinction aucune, indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance ou de toute autre situation.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour que l'enfant soit effectivement protégé contre toutes formes de discrimination ou de sanction motivées par la situation juridique, les activités, les opinions déclarées ou les convictions de ses parents, de ses représentants légaux ou des membres de sa famille.

Article 3

1. Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale.

2. Les Etats parties s'engagent à assurer à l'enfant la protection et les soins nécessaires à son bien-être, compte tenu des droits et des devoirs de ses parents, de ses tuteurs ou des autres personnes légalement responsables de lui, et ils prennent à cette fin toutes les mesures législatives et administratives appropriées.

3. Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.

Article 4

Les Etats parties s'engagent à prendre toutes les mesures législatives, administratives et autres qui sont nécessaires pour mettre en oeuvre les droits reconnus dans la présente Convention. Dans le cas des droits économiques, sociaux et culturels, ils prennent ces mesures dans toutes les limites des ressources dont ils disposent et, s'il y a lieu, dans le cadre de la coopération internationale.

Article 5

Les Etats parties respectent la responsabilité, le droit et le devoir qu'ont les parents ou, le cas échéant, les membres de la famille élargie ou de la communauté, comme prévu par la coutume locale, les tuteurs ou autres personnes légalement responsables de l'enfant, de donner à celui-ci, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, l'orientation et les conseils appropriés à l'exercice des droits que lui reconnaît la présente Convention.

Article 6

1. Les Etats parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie.
2. Les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant.

Article 7

1. L'enfant est enregistré aussitôt sa naissance et a dès celle-ci le droit à un nom, le droit d'acquérir une nationalité et, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.
2. Les Etats parties veillent à mettre ces droits en oeuvre conformément à leur législation nationale et aux obligations que leur imposent les instruments internationaux applicables en la matière, en particulier dans les cas où faute de cela l'enfant se trouverait apatride.

Article 8

1. Les Etats parties s'engagent à respecter le droit de l'enfant de préserver son identité, y compris sa nationalité, son nom et ses relations familiales, tels qu'ils sont reconnus par la loi, sans ingérence illégale.
2. Si un enfant est illégalement privé des éléments constitutifs de son identité ou de certains d'entre eux, les Etats parties doivent lui accorder une assistance et une protection appropriées, pour que son identité soit rétablie aussi rapidement que possible.

Article 9

1. Les Etats parties veillent à ce que l'enfant ne soit pas séparé de ses parents contre leur gré, à moins que les autorités compétentes ne décident, sous réserve de révision judiciaire et conformément aux lois et procédures applicables, que cette séparation est nécessaire dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Une décision en ce sens peut être nécessaire

dans certains cas particuliers, par exemple lorsque les parents maltraitent ou négligent l'enfant, ou lorsqu'ils vivent séparément et qu'une décision doit être prise au sujet du lieu de résidence de l'enfant.

2. Dans tous les cas prévus au paragraphe 1 du présent article, toutes les parties intéressées doivent avoir la possibilité de participer aux délibérations et de faire connaître leurs vues.

3. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant séparé de ses deux parents ou de l'un d'eux d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant.

4. Lorsque la séparation résulte de mesures prises par un Etat partie, telles que la détention, l'emprisonnement, l'exil, l'expulsion ou la mort (y compris la mort, quelle qu'en soit la cause, survenue en cours de détention) des deux parents ou de l'un d'eux, ou de l'enfant, l'Etat partie donne sur demande aux parents, à l'enfant ou, s'il y a lieu, à un autre membre de la famille les renseignements essentiels sur le lieu où se trouvent le membre ou les membres de la famille, à moins que la divulgation de ces renseignements ne soit préjudiciable au bien-être de l'enfant. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas en elle-même de conséquences fâcheuses pour la personne ou les personnes intéressées.

Article 10

1. Conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, toute demande faite par un enfant ou ses parents en vue d'entrer dans un Etat partie ou de le quitter aux fins de réunification familiale est considérée par les Etats parties dans un esprit positif, avec humanité et diligence. Les Etats parties veillent en outre à ce que la présentation d'une telle demande n'entraîne pas de conséquences fâcheuses pour les auteurs de la demande et les membres de leur famille.

2. Un enfant dont les parents résident dans des Etats différents a le droit d'entretenir, sauf circonstances exceptionnelles, des relations personnelles et des contacts directs réguliers avec ses deux parents. A cette fin, et conformément à l'obligation incombant aux Etats parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 9, les Etats parties respectent le droit qu'ont l'enfant et ses parents de quitter tout pays, y compris le leur, et de revenir dans leur propre pays. Le droit de quitter tout pays ne peut faire l'objet que des restrictions prescrites par la loi qui sont nécessaires pour protéger la sécurité nationale, l'ordre public, la santé ou la

moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui, et qui sont compatibles avec les autres droits reconnus dans la présente Convention.

Article 11

1. Les Etats parties prennent des mesures pour lutter contre les déplacements et les non-retours illicites d'enfants à l'étranger.

2. A cette fin, les Etats parties favorisent la conclusion d'accords bilatéraux ou multilatéraux ou l'adhésion aux accords existants.

Article 12

1. Les Etats parties garantissent à l'enfant qui est capable de discernement le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, les opinions de l'enfant étant dûment prises en considération eu égard à son âge et à son degré de maturité.

2. A cette fin, on donnera notamment à l'enfant la possibilité d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant ou d'une organisation approprié, de façon compatible avec les règles de procédure de la législation nationale.

Article 13

1. L'enfant a droit à la liberté d'expression. Ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen du choix de l'enfant.

2. L'exercice de ce droit ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires :

a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui; ou

b) A la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

Article 14

1. Les Etats parties respectent le droit de l'enfant à la liberté de pensée, de conscience et de religion.

2. Les Etats parties respectent le droit et le devoir des parents ou, le cas échéant, des représentants légaux de l'enfant, de guider celui-ci dans l'exercice du droit susmentionné d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités.

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut être soumise qu'aux seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires pour préserver la sûreté publique, l'ordre public, la santé et la moralité publiques, ou les libertés et droits fondamentaux d'autrui.

Article 15

1. Les Etats parties reconnaissent les droits de l'enfant à la liberté d'association et à la liberté de réunion pacifique.

2. L'exercice de ces droits ne peut faire l'objet que des seules restrictions qui sont prescrites par la loi et qui sont nécessaires dans une société démocratique, dans l'intérêt de la sécurité nationale, de la sûreté publique ou de l'ordre public, ou pour protéger la santé ou la moralité publiques, ou les droits et libertés d'autrui.

Article 16

1. Nul enfant ne fera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. L'enfant a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Article 17

Les Etats parties reconnaissent l'importance de la fonction remplie par les médias et veillent à ce que l'enfant ait accès à une information et à des matériels provenant de sources nationales et internationales diverses, notamment ceux qui visent à promouvoir son bien-être social, spirituel et moral ainsi que sa santé physique et mentale. A cette fin, les Etats parties :

a) Encouragent les médias à diffuser une information et des matériels qui présentent une utilité sociale et culturelle pour l'enfant et répondent à l'esprit de l'article 29;

b) Encouragent la coopération internationale en vue de produire, d'échanger et de diffuser une information et des matériels de ce type provenant de différentes sources culturelles, nationales et internationales;

c) Encouragent la production et la diffusion de livres pour enfants;

d) Encouragent les médias à tenir particulièrement compte des besoins linguistiques des enfants autochtones ou appartenant à un groupe minoritaire;

e) Favorisent l'élaboration de principes directeurs appropriés destinés à protéger l'enfant contre l'information et les matériels qui nuisent à son bien-être, compte tenu des dispositions des articles 13 et 18.

Article 18

1. Les Etats parties s'emploient de leur mieux à assurer la reconnaissance du principe selon lequel les deux parents ont une responsabilité commune pour ce qui est d'élever l'enfant et d'assurer son développement. La responsabilité d'élever l'enfant et d'assurer son développement incombe au premier chef aux parents ou, le cas échéant, à ses représentants légaux. Ceux-ci doivent être guidés avant tout par l'intérêt supérieur de l'enfant.

2. Pour garantir et promouvoir les droits énoncés dans la présente Convention, les Etats parties accordent l'aide appropriée aux parents et aux représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services chargés de veiller au bien-être des enfants.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises.

Article 19

1. Les Etats parties prennent toutes les mesures législatives, administratives, sociales et éducatives appropriées pour protéger l'enfant contre toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalités physiques ou mentales, d'abandon ou de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle, pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou de l'un d'eux, de son ou ses représentants légaux ou de toute autre personne à qui il est confié.

2. Ces mesures de protection doivent comprendre, selon qu'il conviendra, des procédures efficaces pour l'établissement de programmes sociaux visant à fournir l'appui nécessaire à l'enfant et à ceux à qui il est confié, ainsi que pour d'autres formes de prévention, et aux fins d'identification, de rapport, de renvoi, d'enquête, de traitement et de suivi pour les cas de mauvais traitements de l'enfant décrits ci-dessus, et comprendre également, selon qu'il conviendra, des procédures d'intervention judiciaire.

Article 20

1. Tout enfant qui est temporairement ou définitivement privé de son milieu familial, ou qui dans son propre intérêt ne peut être laissé dans ce milieu, a droit à une protection et une aide spéciales de l'Etat.

2. Les Etats parties prévoient pour cet enfant une protection de remplacement conforme à leur législation nationale.

3. Cette protection de remplacement peut notamment avoir la forme du placement dans une famille, de la kafalahde droit islamique, de l'adoption ou, en cas de nécessité, du placement dans un établissement pour enfants approprié. Dans le choix entre ces solutions, il est dûment tenu compte de la nécessité d'une certaine continuité dans l'éducation de l'enfant, ainsi que de son origine ethnique, religieuse, culturelle et linguistique.

Article 21

Les Etats parties qui admettent et/ou autorisent l'adoption s'assurent que l'intérêt supérieur de l'enfant est la considération primordiale en la matière, et :

a) Veillent à ce que l'adoption d'un enfant ne soit autorisée que par les autorités compétentes, qui vérifient, conformément à la loi et aux procédures applicables et sur la base de tous les renseignements fiables relatifs au cas considéré, que l'adoption peut avoir lieu eu égard à la situation de l'enfant par rapport à ses père et mère, parents et représentants légaux et que, le cas échéant, les personnes intéressées ont donné leur consentement à l'adoption en connaissance de cause, après s'être entourées des avis nécessaires;

b) Reconnaissent que l'adoption à l'étranger peut être envisagée comme un autre moyen d'assurer les soins nécessaires à l'enfant, si celui-ci ne peut, dans son pays d'origine, être placé dans une famille nourricière ou adoptive ou être convenablement élevé;

c) Veillent, en cas d'adoption à l'étranger, à ce que l'enfant ait le bénéfice de garanties et de normes équivalant à celles existant en cas d'adoption nationale;

d) Prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que, en cas d'adoption à l'étranger, le placement de l'enfant ne se traduise pas par un profit matériel indu pour les personnes qui en sont responsables;

e) Poursuivent les objectifs du présent article en concluant des arrangements ou des accords bilatéraux ou multilatéraux, selon les cas, et s'efforcent dans ce cadre de veiller à ce que les placements d'enfants à l'étranger soient effectués par des autorités ou des organes compétents.

Article 22

1. Les Etats parties prennent les mesures appropriées pour qu'un enfant qui cherche à obtenir le statut de réfugié ou qui est considéré comme réfugié en vertu des règles et procédures du droit international ou national applicable, qu'il soit seul ou accompagné de ses père et mère ou de toute autre personne, bénéficie de la protection et de l'assistance humanitaire voulues pour lui permettre de jouir des droits que lui reconnaissent la présente Convention et les autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ou de caractère humanitaire auxquels lesdits Etats sont parties.

2. A cette fin, les Etats parties collaborent, selon qu'ils le jugent nécessaire, à tous les efforts faits par l'Organisation des Nations Unies et les autres organisations intergouvernementales ou non gouvernementales compétentes collaborant avec l'Organisation des Nations Unies pour protéger et aider les enfants qui se trouvent en pareille situation et pour rechercher les père et mère ou autres membres de la famille de tout enfant réfugié en vue d'obtenir les renseignements nécessaires pour le réunir à sa famille. Lorsque ni le père, ni la mère, ni aucun autre membre de la famille ne peut être retrouvé, l'enfant se voit accorder, selon les principes énoncés dans la présente Convention, la même protection que tout autre enfant définitivement ou temporairement privé de son milieu familial pour quelque raison que ce soit.

Article 23

1. Les Etats parties reconnaissent que les enfants mentalement ou physiquement handicapés doivent mener une vie pleine et décente, dans des conditions qui garantissent leur dignité, favorisent leur autonomie et facilitent leur participation active à la vie de la collectivité.

2. Les Etats parties reconnaissent le droit à des enfants handicapés de bénéficier de soins spéciaux et encouragent et assurent, dans la mesure des ressources disponibles, l'octroi, sur demande, aux enfants handicapés remplissant les conditions requises et à ceux qui en ont la charge, d'une aide adaptée à l'état de l'enfant et à la situation de ses parents ou de ceux à qui il est confié.

3. Eu égard aux besoins particuliers des enfants handicapés, l'aide fournie conformément au paragraphe 2 du présent article est gratuite chaque fois qu'il est possible, compte tenu des ressources financières de leurs parents ou de ceux à qui l'enfant est confié, et elle est conçue de telle sorte que les enfants handicapés aient effectivement accès à l'éducation, à la formation, aux soins de santé, à la rééducation, à la préparation à l'emploi et aux activités récréatives, et bénéficient de ces services de façon propre à assurer une intégration

sociale aussi complète que possible et leur épanouissement personnel, y compris dans le domaine culturel et spirituel.

4. Dans un esprit de coopération internationale, les Etats parties favorisent l'échange d'informations pertinentes dans le domaine des soins de santé préventifs et du traitement médical, psychologique et fonctionnel des enfants handicapés, y compris par la diffusion d'informations concernant les méthodes de rééducation et les services de formation professionnelle, ainsi que l'accès à ces données, en vue de permettre aux Etats parties d'améliorer leurs capacités et leurs compétences et d'élargir leur expérience dans ces domaines. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 24

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services.

2. Les Etats parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour :

a) Réduire la mortalité parmi les nourrissons et les enfants;

b) Assurer à tous les enfants l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires, l'accent étant mis sur le développement des soins de santé primaires;

c) Lutter contre la maladie et la malnutrition, y compris dans le cadre de soins de santé primaires, grâce notamment à l'utilisation de techniques aisément disponibles et à la fourniture d'aliments nutritifs et d'eau potable, compte tenu des dangers et des risques de pollution du milieu naturel;

d) Assurer aux mères des soins prénatals et postnatals appropriés;

e) Faire en sorte que tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein, l'hygiène et la salubrité de l'environnement et la prévention des accidents, et bénéficient d'une aide leur permettant de mettre à profit cette information;

f) Développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale.

3. Les Etats parties prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants.

4. Les Etats parties s'engagent à favoriser et à encourager la coopération internationale en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation du droit reconnu dans le présent

article. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 25

Les Etats parties reconnaissent à l'enfant qui a été placé par les autorités compétentes pour recevoir des soins, une protection ou un traitement physique ou mental, le droit à un examen périodique dudit traitement et de toute autre circonstance relative à son placement.

Article 26

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant le droit de bénéficier de la sécurité sociale, y compris les assurances sociales, et prennent les mesures nécessaires pour assurer la pleine réalisation de ce droit en conformité avec leur législation nationale.

2. Les prestations doivent, lorsqu'il y a lieu, être accordées compte tenu des ressources et de la situation de l'enfant et des personnes responsables de son entretien, ainsi que de toute autre considération applicable à la demande de prestation faite par l'enfant ou en son nom.

Article 27

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de tout enfant à un niveau de vie suffisant pour permettre son développement physique, mental, spirituel, moral et social.

2. C'est aux parents ou autres personnes ayant la charge de l'enfant qu'incombe au premier chef la responsabilité d'assurer, dans les limites de leurs possibilités et de leurs moyens financiers, les conditions de vie nécessaires au développement de l'enfant.

3. Les Etats parties adoptent les mesures appropriées, compte tenu des conditions nationales et dans la mesure de leurs moyens, pour aider les parents et autres personnes ayant la charge de l'enfant à mettre en oeuvre ce droit et offrent, en cas de besoin, une assistance matérielle et des programmes d'appui, notamment en ce qui concerne l'alimentation, le vêtement et le logement.

4. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées en vue d'assurer le recouvrement de la pension alimentaire de l'enfant auprès de ses parents ou des autres personnes ayant une responsabilité financière à son égard, que ce soit sur leur territoire ou à l'étranger. En particulier, pour tenir compte des cas où la personne qui a une responsabilité financière à l'égard de l'enfant vit dans un Etat autre que celui de l'enfant, les Etats par-

ties favorisent l'adhésion à des accords internationaux ou la conclusion de tels accords ainsi que l'adoption de tous autres arrangements appropriés.

Article 28

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant à l'éducation, et en particulier, en vue d'assurer l'exercice de ce droit progressivement et sur la base de l'égalité des chances :

a) Ils rendent l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous;

b) Ils encouragent l'organisation de différentes formes d'enseignement secondaire, tant général que professionnel, les rendent ouvertes et accessibles à tout enfant, et prennent des mesures appropriées, telles que l'instauration de la gratuité de l'enseignement et l'offre d'une aide financière en cas de besoin;

c) Ils assurent à tous l'accès à l'enseignement supérieur, en fonction des capacités de chacun, par tous les moyens appropriés;

d) Ils rendent ouvertes et accessibles à tout enfant l'information et l'orientation scolaires et professionnelles;

e) Ils prennent des mesures pour encourager la régularité de la fréquentation scolaire et la réduction des taux d'abandon scolaire.

2. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour veiller à ce que la discipline scolaire soit appliquée d'une manière compatible avec la dignité de l'enfant en tant qu'être humain et conformément à la présente Convention.

3. Les Etats parties favorisent et encouragent la coopération internationale dans le domaine de l'éducation, en vue notamment de contribuer à éliminer l'ignorance et l'analphabétisme dans le monde et de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques et aux méthodes d'enseignement modernes. A cet égard, il est tenu particulièrement compte des besoins des pays en développement.

Article 29

Observation générale sur son application 1. Les Etats parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à : a) Favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques, dans toute la mesure de leurs potentialités;

b) Inculquer à l'enfant le respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et des principes consacrés dans la Charte des Nations Unies;

- c) Inculquer à l'enfant le respect de ses parents, de son identité, de sa langue et de ses valeurs culturelles, ainsi que le respect des valeurs nationales du pays dans lequel il vit, du pays duquel il peut être originaire et des civilisations différentes de la sienne;
- d) Préparer l'enfant à assumer les responsabilités de la vie dans une société libre, dans un esprit de compréhension, de paix, de tolérance, d'égalité entre les sexes et d'amitié entre tous les peuples et groupes ethniques, nationaux et religieux, et avec les personnes d'origine autochtone;
- e) Inculquer à l'enfant le respect du milieu naturel.

2. Aucune disposition du présent article ou de l'article 28 ne sera interprétée d'une manière qui porte atteinte à la liberté des personnes physiques ou morales de créer et de diriger des établissements d'enseignement, à condition que les principes énoncés au paragraphe 1 du présent article soient respectés et que l'éducation dispensée dans ces établissements soit conforme aux normes minimales que l'Etat aura prescrites.

Article 30

Dans les Etats où il existe des minorités ethniques, religieuses ou linguistiques ou des personnes d'origine autochtone, un enfant autochtone ou appartenant à une de ces minorités ne peut être privé du droit d'avoir sa propre vie culturelle, de professer et de pratiquer sa propre religion ou d'employer sa propre langue en commun avec les autres membres de son groupe.

Article 31

1. Les Etats parties reconnaissent à l'enfant le droit au repos et aux loisirs, de se livrer au jeu et à des activités récréatives propres à son âge et de participer librement à la vie culturelle et artistique.
2. Les Etats parties respectent et favorisent le droit de l'enfant de participer pleinement à la vie culturelle et artistique et encouragent l'organisation à son intention de moyens appropriés de loisirs et d'activités récréatives, artistiques et culturelles, dans des conditions d'égalité.

Article 32

1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant d'être protégé contre l'exploitation économique et de n'être astreint à aucun travail comportant des risques ou susceptible de compromettre son éducation ou de nuire à sa santé ou à son développement physique, mental, spirituel, moral ou social.

2. Les Etats parties prennent des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives pour assurer l'application du présent article. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des autres instruments internationaux, les Etats parties, en particulier :

- a) Fixent un âge minimum ou des âges minimums d'admission à l'emploi;
- b) Prévoient une réglementation appropriée des horaires de travail et des conditions d'emploi;
- c) Prévoient des peines ou autres sanctions appropriées pour assurer l'application effective du présent article.

Article 33

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances.

Article 34

Les Etats parties s'engagent à protéger l'enfant contre toutes les formes d'exploitation sexuelle et de violence sexuelle. A cette fin, les Etats prennent en particulier toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher :

- a) Que des enfants ne soient incités ou contraints à se livrer à une activité sexuelle illégale;
- b) Que des enfants ne soient exploités à des fins de prostitution ou autres pratiques sexuelles illégales;
- c) Que des enfants ne soient exploités aux fins de la production de spectacles ou de matériel de caractère pornographique.

Article 35

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées sur les plans national, bilatéral et multilatéral pour empêcher l'enlèvement, la vente ou la traite d'enfants à quelque fin que ce soit et sous quelque forme que ce soit.

Article 36

Les Etats parties protègent l'enfant contre toutes autres formes d'exploitation préjudiciables à tout aspect de son bien-être.

Article 37

Les Etats parties veillent à ce que :

- a)** Nul enfant ne soit soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Ni la peine capitale ni l'emprisonnement à vie sans possibilité de libération ne doivent être prononcés pour les infractions commises par des personnes âgées de moins de dix-huit ans;
- b)** Nul enfant ne soit privé de liberté de façon illégale ou arbitraire. L'arrestation, la détention ou l'emprisonnement d'un enfant doit être en conformité avec la loi, n'être qu'une mesure de dernier ressort, et être d'une durée aussi brève que possible;
- c)** Tout enfant privé de liberté soit traité avec humanité et avec le respect dû à la dignité de la personne humaine, et d'une manière tenant compte des besoins des personnes de son âge. En particulier, tout enfant privé de liberté sera séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans l'intérêt supérieur de l'enfant, et il a le droit de rester en contact avec sa famille par la correspondance et par les visites, sauf circonstances exceptionnelles;
- d)** Les enfants privés de liberté aient le droit d'avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de leur privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

Article 38

- 1.** Les Etats parties s'engagent à respecter et à faire respecter les règles du droit humanitaire international qui leur sont applicables en cas de conflit armé et dont la protection s'étend aux enfants.
- 2.** Les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans ne participent pas directement aux hostilités.
- 3.** Les Etats parties s'abstiennent d'enrôler dans leurs forces armées toute personne n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans. Lorsqu'ils incorporent des personnes de plus de quinze ans mais de moins de dix-huit ans, les Etats parties s'efforcent d'enrôler en priorité les plus âgées.
- 4.** Conformément à l'obligation qui leur incombe en vertu du droit humanitaire international de protéger la population civile en cas de conflit armé, les Etats parties prennent toutes les mesures possibles dans la pratique pour que les enfants qui sont touchés par un conflit armé bénéficient d'une protection et de soins.

Article 39

Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour faciliter la réadaptation physique et psychologique et la réinsertion sociale de tout enfant victime de toute forme de négligence, d'exploitation ou de sévices, de torture ou de toute autre forme de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, ou de conflit armé. Cette réadaptation et cette réinsertion se déroulent dans des conditions qui favorisent la santé, le respect de soi et la dignité de l'enfant.

Article 40

1. Les Etats parties reconnaissent à tout enfant suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale le droit à un traitement qui soit de nature à favoriser son sens de la dignité et de la valeur personnelle, qui renforce son respect pour les droits de l'homme et les libertés fondamentales d'autrui, et qui tienne compte de son âge ainsi que de la nécessité de faciliter sa réintégration dans la société et de lui faire assumer un rôle constructif au sein de celle-ci.

2. A cette fin, et compte tenu des dispositions pertinentes des instruments internationaux, les Etats parties veillent en particulier :

a) A ce qu'aucun enfant ne soit suspecté, accusé ou convaincu d'infraction à la loi pénale en raison d'actions ou d'omissions qui n'étaient pas interdites par le droit national ou international au moment où elles ont été commises;

b) A ce que tout enfant suspecté ou accusé d'infraction à la loi pénale ait au moins le droit aux garanties suivantes :

i) Etre présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie;

ii) Etre informé dans le plus court délai et directement des accusations portées contre lui, ou, le cas échéant, par l'intermédiaire de ses parents ou représentants légaux, et bénéficier d'une assistance juridique ou de toute autre assistance appropriée pour la préparation et la présentation de sa défense;

iii) Que sa cause soit entendue sans retard par une autorité ou une instance judiciaire compétentes, indépendantes et impartiales, selon une procédure équitable aux termes de la loi, en présence de son conseil juridique ou autre et, à moins que cela ne soit jugé contraire

à l'intérêt supérieur de l'enfant en raison notamment de son âge ou de sa situation, en présence de ses parents ou représentants légaux;

- iv) Ne pas être contraint de témoigner ou de s'avouer coupable; interroger ou faire interroger les témoins à charge, et obtenir la comparution et l'interrogatoire des témoins à décharge dans des conditions d'égalité;
- v) S'il est reconnu avoir enfreint la loi pénale, faire appel de cette décision et de toute mesure arrêtée en conséquence devant une autorité ou une instance judiciaire supérieure compétentes, indépendantes et impartiales, conformément à la loi;
- vi) Se faire assister gratuitement d'un interprète s'il ne comprend ou ne parle pas la langue utilisée;
- vii) Que sa vie privée soit pleinement respectée à tous les stades de la procédure.

3. Les Etats parties s'efforcent de promouvoir l'adoption de lois, de procédures, la mise en place d'autorités et d'institutions spécialement conçues pour les enfants suspectés, accusés ou convaincus d'infraction à la loi pénale, et en particulier :

- a) D'établir un âge minimum au-dessous duquel les enfants seront présumés n'avoir pas la capacité d'enfreindre la loi pénale;
- b) De prendre des mesures, chaque fois que cela est possible et souhaitable, pour traiter ces enfants sans recourir à la procédure judiciaire, étant cependant entendu que les droits de l'homme et les garanties légales doivent être pleinement respectés.

4. Toute une gamme de dispositions, relatives notamment aux soins, à l'orientation et à la supervision, aux conseils, à la probation, au placement familial, aux programmes d'éducation générale et professionnelle et aux solutions autres qu'institutionnelles seront prévues en vue d'assurer aux enfants un traitement conforme à leur bien-être et proportionné à leur situation et à l'infraction.

Article 41

Aucune des dispositions de la présente Convention ne porte atteinte aux dispositions plus propices à la réalisation des droits de l'enfant qui peuvent figurer :

- a) Dans la législation d'un Etat partie; ou
- b) Dans le droit international en vigueur pour cet Etat.

Deuxième partie

Article 42

Les Etats parties s'engagent à faire largement connaître les principes et les dispositions de la présente Convention, par des moyens actifs et appropriés, aux adultes comme aux enfants.

Article 43

1. Aux fins d'examiner les progrès accomplis par les Etats parties dans l'exécution des obligations contractées par eux en vertu de la présente Convention, il est institué un Comité des droits de l'enfant qui s'acquitte des fonctions définies ci-après.

2. Le Comité se compose de dix-huit experts de haute moralité et possédant une compétence reconnue dans le domaine visé par la présente Convention. (*voir note 1*) Ses membres sont élus par les Etats parties parmi leurs ressortissants et siègent à titre personnel, compte tenu de la nécessité d'assurer une répartition géographique équitable et eu égard aux principaux systèmes juridiques.

3. Les membres du Comité sont élus au scrutin secret sur une liste de personnes désignées par les Etats parties. Chaque Etat partie peut désigner un candidat parmi ses ressortissants.

4. La première élection aura lieu dans les six mois suivant la date d'entrée en vigueur de la présente Convention. Les élections auront lieu ensuite tous les deux ans. Quatre mois au moins avant la date de chaque élection, le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies invitera par écrit les Etats parties à proposer leurs candidats dans un délai de deux mois. Le Secrétaire général dressera ensuite la liste alphabétique des candidats ainsi désignés, en indiquant les Etats parties qui les ont désignés, et la communiquera aux Etats parties à la présente Convention.

5. Les élections ont lieu lors des réunions des Etats parties, convoquées par le Secrétaire général au Siège de l'Organisation des Nations Unies. A ces réunions, pour lesquelles le quorum est constitué par les deux tiers des Etats parties, les candidats élus au Comité sont ceux qui obtiennent le plus grand nombre de voix et la majorité absolue des voix des représentants des Etats parties présents et votants.

6. Les membres du Comité sont élus pour quatre ans. Ils sont rééligibles si leur candidature est présentée à nouveau. Le mandat de cinq des membres élus lors de la première élection prend fin au bout de deux ans. Les noms de ces cinq membres seront tirés au sort par le président de la réunion immédiatement après la première élection.

7. En cas de décès ou de démission d'un membre du Comité, ou si, pour toute autre raison, un membre déclare ne plus pouvoir exercer ses fonctions au sein du Comité, l'Etat partie qui avait présenté sa candidature nomme un autre expert parmi ses ressortissants pour pourvoir le poste ainsi vacant jusqu'à l'expiration du mandat correspondant, sous réserve de l'approbation du Comité.

8. Le Comité adopte son règlement intérieur.

9. Le Comité élit son bureau pour une période de deux ans.

10. Les réunions du Comité se tiennent normalement au Siège de l'Organisation des Nations Unies, ou en tout autre lieu approprié déterminé par le Comité. Le Comité se réunit normalement chaque année. La durée de ses sessions est déterminée et modifiée, si nécessaire, par une réunion des Etats parties à la présente Convention, sous réserve de l'approbation de l'Assemblée générale.

11. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies met à la disposition du Comité le personnel et les installations qui lui sont nécessaires pour s'acquitter efficacement des fonctions qui lui sont confiées en vertu de la présente Convention.

12. Les membres du Comité institué en vertu de la présente Convention reçoivent, avec l'approbation de l'Assemblée générale, des émoluments prélevés sur les ressources de l'Organisation des Nations Unies dans les conditions et selon les modalités fixées par l'Assemblée générale.

Article 44

1. Les Etats parties s'engagent à soumettre au Comité, par l'entremise du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, des rapports sur les mesures qu'ils auront adoptées pour donner effet aux droits reconnus dans la présente Convention et sur les progrès réalisés dans la jouissance de ces droits :

a) Dans les deux ans à compter de la date de l'entrée en vigueur de la présente Convention pour les Etats parties intéressés;

b) Par la suite, tous les cinq ans.

2. Les rapports établis en application du présent article doivent, le cas échéant, indiquer les facteurs et les difficultés empêchant les Etats parties de s'acquitter pleinement des obligations prévues dans la présente Convention. Ils doivent également contenir des renseignements suffisants pour donner au Comité une idée précise de l'application de la Convention dans le pays considéré.

3. Les Etats parties ayant présenté au Comité un rapport initial complet n'ont pas, dans les rapports qu'ils lui présentent ensuite conformément à l'alinéa b du paragraphe 1 du présent article, à répéter les renseignements de base antérieurement communiqués.

4. Le Comité peut demander aux Etats parties tous renseignements complémentaires relatifs à l'application de la Convention.

5. Le Comité soumet tous les deux ans à l'Assemblée générale, par l'entremise du Conseil économique et social, un rapport sur ses activités.

6. Les Etats parties assurent à leurs rapports une large diffusion dans leur propre pays.

Article 45

Pour promouvoir l'application effective de la Convention et encourager la coopération internationale dans le domaine visé par la Convention :

- a)** Les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies ont le droit de se faire représenter lors de l'examen de l'application des dispositions de la présente Convention qui relèvent de leur mandat. Le Comité peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et tous autres organismes qu'il jugera appropriés à donner des avis spécialisés sur l'application de la Convention dans les domaines qui relèvent de leurs mandats respectifs. Il peut inviter les institutions spécialisées, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance et d'autres organes des Nations Unies à lui présenter des rapports sur l'application de la Convention dans les secteurs qui relèvent de leur domaine d'activité;
- b)** Le Comité transmet, s'il le juge nécessaire, aux institutions spécialisées, au Fonds des Nations Unies pour l'enfance et aux autres organismes compétents tout rapport des Etats parties contenant une demande ou indiquant un besoin de conseils ou d'assistance techniques, accompagné, le cas échéant, des observations et suggestions du Comité touchant ladite demande ou indication;
- c)** Le Comité peut recommander à l'Assemblée générale de prier le Secrétaire général de procéder pour le Comité à des études sur des questions spécifiques touchant les droits de l'enfant;
- d)** Le Comité peut faire des suggestions et des recommandations d'ordre général fondées sur les renseignements reçus en application des articles 44 et 45 de la présente Convention. Ces suggestions et recommandations d'ordre général sont transmises à tout Etat partie intéressé et portées à l'attention de l'Assemblée générale, accompagnées, le cas échéant, des observations des Etats parties.

Troisième partie

Article 46

La présente Convention est ouverte à la signature de tous les Etats.

Article 47

La présente Convention est sujette à ratification. Les instruments de ratification seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 48

La présente Convention restera ouverte à l'adhésion de tout Etat. Les instruments d'adhésion seront déposés auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

Article 49

1. La présente Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra la date du dépôt auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion.
2. Pour chacun des Etats qui ratifieront la présente Convention ou y adhéreront après le dépôt du vingtième instrument de ratification ou d'adhésion, la Convention entrera en vigueur le trentième jour qui suivra le dépôt par cet Etat de son instrument de ratification ou d'adhésion.

Article 50

1. Tout Etat partie peut proposer un amendement et en déposer le texte auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. Le Secrétaire général communique alors la proposition d'amendement aux Etats parties, en leur demandant de lui faire savoir s'ils sont favorables à la convocation d'une conférence des Etats parties en vue de l'examen de la proposition et de sa mise aux voix. Si, dans les quatre mois qui suivent la date de cette communication, un tiers au moins des Etats parties se prononcent en faveur de la convocation d'une telle conférence, le Secrétaire général convoque la conférence sous les auspices de l'Organisation des Nations Unies. Tout amendement adopté par la majorité des Etats parties présents et votants à la conférence est soumis pour approbation à l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies.
2. Tout amendement adopté conformément aux dispositions du paragraphe 1 du présent article entre en vigueur lorsqu'il a été approuvé par l'Assemblée générale des Nations Unies et accepté par une majorité des deux tiers des Etats parties.
3. Lorsqu'un amendement entre en vigueur, il a force obligatoire pour les Etats parties qui l'ont accepté, les autres Etats parties demeurant liés par les dispositions de la présente Convention et par tous amendements antérieurs acceptés par eux.

Article 51

1. Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies recevra et communiquera à tous les Etats le texte des réserves qui auront été faites par les Etats au moment de la ratification ou de l'adhésion.

2. Aucune réserve incompatible avec l'objet et le but de la présente Convention n'est autorisée.

3. Les réserves peuvent être retirées à tout moment par notification adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, lequel en informe tous les Etats parties à la Convention. La notification prend effet à la date à laquelle elle est reçue par le Secrétaire général.

Article 52

Tout Etat partie peut dénoncer la présente Convention par notification écrite adressée au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. La dénonciation prend effet un an après la date à laquelle la notification a été reçue par le Secrétaire général.

Article 53

Le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies est désigné comme dépositaire de la présente Convention.

Article 54

L'original de la présente Convention, dont les textes anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe font également foi, sera déposé auprès du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. En foi de quoi les plénipotentiaires soussignés, dûment habilités par leurs gouvernements respectifs, ont signé la présente Convention.

Note 1 : L'Assemblée générale, dans sa résolution 50/155 du 21 décembre 1995, a approuvé l'amendement qui consiste à remplacer, au paragraphe 2 de l'article 43 de la Convention relative aux droits de l'enfant, le mot "dix" par le mot "dix-huit". L'amendement est entré en vigueur le 18 novembre 2002 après son acceptation par une majorité des deux tiers des États parties (128 sur 191).

DÉCLARATION DES DROITS DE L'ENFANT

(issues de www.droits-enfant.org)

Préambule

Considérant que, dans la Charte, les peuples des Nations unies ont proclamé à nouveau leur foi dans les droits fondamentaux de l'homme et dans la dignité et la valeur de la personne humaine, et qu'ils se sont déclarés résolus à favoriser le progrès social et à instaurer de meilleures conditions de vie dans une liberté plus grande,

Considérant que, dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, les Nations unies ont proclamé que chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés qui y sont énoncés, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation,

Considérant que l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance,

Considérant que la nécessité de cette protection spéciale a été énoncée dans la Déclaration de Genève de 1924 sur les droits de l'enfant et reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme ainsi que dans les statuts des institutions spécialisées et des organisations internationales qui se consacrent au bien-être de l'enfance,

Considérant que l'humanité se doit de donner à l'enfant le meilleur d'elle-même,

L'Assemblée générale

Proclame la présente Déclaration des droits de l'enfant afin qu'il ait une enfance heureuse et bénéficie, dans son intérêt comme dans l'intérêt de la société, des droits et libertés qui y sont énoncés; elle invite les parents, les hommes et les femmes à titre individuel, ainsi que les organisations bénévoles, les autorités locales et les gouvernements nationaux à reconnaître ces droits et à s'efforcer d'en assurer le respect au moyen de mesures législatives et autres adoptées progressivement en application des principes suivants :

Principe premier :

L'enfant doit jouir de tous les droits énoncés dans la présente Déclaration. Ces droits doivent être reconnus à tous les enfants sans exception aucune, et sans distinction ou discrimination fondées sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions

politiques ou autres, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, ou sur toute autre situation, que celle-ci s'applique à l'enfant lui-même ou à sa famille.

Principe 2 :

L'enfant doit bénéficier d'une protection spéciale et se voir accorder des possibilités et des facilités par l'effet de la loi et par d'autres moyens, afin d'être en mesure de se développer d'une façon saine et normale sur le plan physique, intellectuel, moral, spirituel et social, dans des conditions de liberté et de dignité. Dans l'adoption de lois à cette fin, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être la considération déterminante.

Principe 3 :

L'enfant a droit, dès sa naissance, à un nom et à une nationalité.

Principe 4 :

L'enfant doit bénéficier de la sécurité sociale, il doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine; à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatals et postnatals adéquats. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats.

Principe 5 :

L'enfant physiquement, mentalement ou socialement désavantagé doit recevoir le traitement, l'éducation et les soins spéciaux que nécessite son état ou sa situation.

Principe 6 :

L'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit, autant que possible, grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, en tout état de cause, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle; l'enfant en bas âge ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, être séparé de sa mère. La société et les pouvoirs publics ont le devoir de prendre un soin particulier des enfants sans famille ou de ceux qui n'ont pas de moyens d'existence suffisants. Il est souhaitable que soient accordées aux familles nombreuses des allocations de l'État ou autres pour l'entretien des enfants.

Principe 7 :

L'enfant a droit à une éducation qui doit être gratuite et obligatoire au moins aux niveaux élémentaires. Il doit bénéficier d'une éducation qui contribue à sa culture générale et lui permette, dans des conditions d'égalité de chances, de développer ses facultés, son jugement personnel et son sens des responsabilités morales et sociales, et de devenir un membre utile de la société. L'intérêt supérieur de l'enfant doit être le guide de ceux qui ont la responsabilité de son éducation et de son orientation; cette responsabilité incombe en priorité à ses parents.

L'enfant doit avoir toutes possibilités de se livrer à des jeux et à des activités récréatives, qui doivent être orientés vers les fins visées par l'éducation; la société et les pouvoirs publics doivent s'efforcer de favoriser la jouissance de ce droit.

Principe 8 :

L'enfant doit, en toutes circonstances, être parmi les premiers à recevoir protection et secours.

Principe 9 :

L'enfant doit être protégé contre toute forme de négligence, de cruauté et d'exploitation, il ne doit pas être soumis à la traite, sous quelque forme que ce soit.

L'enfant ne doit pas être admis à l'emploi avant d'avoir atteint un âge minimum approprié; il ne doit en aucun cas être astreint ou autorisé à prendre une occupation ou un emploi qui nuise à sa santé ou à son éducation, ou qui entrave son développement physique, mental ou moral.

Principe 10 :

L'enfant doit être protégé contre les pratiques qui peuvent pousser à la discrimination raciale, à la discrimination religieuse ou à toute autre forme de discrimination. Il doit être élevé dans un esprit de compréhension, de tolérance, d'amitié entre les peuples, de paix et de fraternité universelle, et dans le sentiment qu'il lui appartient de consacrer son énergie et ses talents au service de ses semblables.

Coordonnées utiles

(<http://www.violencesconjugales5962.fr>)

Police secours : 17

Pompiers : 18

Samu : 15

Samu social (hébergement d'urgence) 115

Violences conjugales : 3919 - www.solidaritefemmes.fr

SOS Viol : 0 800 05 95 95

INAVEM : www.inavem.org

Sos femmes : www.sosfemmes.com

Service Droits de femmes : www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/femmes-egalite/772.html

CNDF : www.collectifdroitsdesfemmes.org

Femmes solidaires : www.femmes-solidaires.org

Mouvement français pour le planning familial : www.planning-familial.org

SERVICES BRUNEHAUT

Ecoute BRUNEHAUT

SOS Violences conjugales

LIEVIN

Tel 03 21 70 82 75 - Fax 03 21 70 65 81

Mail ecoutebrunehaut@orange.fr

Ecoute BRUNEHAUT

SOS Violences conjugales

67 rue des Postes - 59000 LILLE

Tel 03 20 57 94 27 - Fax 03 20 57 86 29

Mail ecoutebrunehaut@orange.fr

Centre D'accueil d'Urgence Brunehaut

Tel 03 20 01 01 20 - Fax 03 20 27 67 22

Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale Brunehaut

Tel 09 64 49 56 01 - Fax 03 20 91 63 49

Mail hebergementbrunehaut.59@orange.fr

Département NORD

ASSOCIATIONS

Ecoute BRUNEHAUT

SOS Violences conjugales

67 rue des Postes - 59000 LILLE

Tel 03 20 57 94 27 - Fax 03 20 57 86 29

Mail ecoutebrunehaut@orange.fr

SEDIRE (sécuriser écouter dialoguer intervenir réactiver entreprendre)

DUNKERQUE

Tel 03 28 26 46 75 - Fax 03 28 28 09 82

CIDFF (centre d'information aux droits des femmes et des familles)

96 rue Nationale - 59000 LILLE

Tel 03 20 54 27 66 - Fax 03 20 54 27 37

Mail cidf.lille59@wanadoo.fr

Association Louise Michel

3 rue Jean Vilar - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ

Tel 03 20 47 45 15

SAFFIA (Solidarité aux femmes et familles d'ici ou d'ailleurs)

11 rue de Châteaudun - 59800 LILLE

Tel 03 20 34 06 10 - Fax 03 20 34 06 11

Mail assosaffia@yahoo.fr

Aide aux victimes Numéro national d'aide aux victimes

Tel 08 842 846 37

Association d'aide aux victimes

Hôtel de ville, Maison de la médiation Place Roger Salengro - 59033 LILLE Cedex Tel 03 20 49 50 79 - Fax 03 20 49 54 91

Mail aidevictime.lille@free.fr

SIATIC (Service intercommunal d'aide aux victimes et de médiation)

69 rue Jules Watteeuw – Résidence Blériot 1er étage - Porte 13 - 59100 ROUBAIX Tel 03 20 45 05 55

Service d'aide aux victimes et d'accès aux droits - SCJE

4 place Saint Vaast - 59500 DOUAI

Tel 03 27 88 29 57

SOLVEIG (Solidaires entre elles contre les violences et les injustices en général)

Région Cambrésis

Tel 03 27 77 02 92

JUSTICE

Maison de l'avocat

8 rue d'Angleterre - 59000 LILLE

Tel 03 20 55 73 45

Tribunal de grande instance

13 avenue du Peuple Belge BP 729 - 59034 LILLE

Tel 03 20 78 33 33

Maison de la justice et du droit - Roubaix

71, avenue de Verdun - 59100 ROUBAIX

Tel 03 20 99 10 05

Maison de la médiation et du citoyen

Place Roger Salengro - 59033 LILLE Cedex

Tel 03 20 49 50 79 - Fax 03 20 49 54 91

Mail aidevictime.lille@free.fr

Maison de la Justice - Tourcoing

127, rue Nationale - 59200 TOURCOING

Tel 03 20 28 49 20

Maison du citoyen

343 avenue de Dunkerque - 59160 LOMME

Tel 03 20 08 90 30 - Fax 03 20 08 37 59

Mail maisonducitoyen@mairie-lomme.fr

SANTÉ

Médecine légale de Lille

Hôpital Roger SALENGRO

Rue Emile Lainé - 59037 LILLE Cedex

Tel 03 20 44 66 46 - Fax 03 20 44 65 96

Centre Hospitalier de Roubaix

35 rue de Barbieux - 59100 ROUBAIX

Tel 03 20 99 31 31

Médecine légale de Tourcoing

Hôpital Gustave Dron - Rue du Président Coty - 59200 TOURCOING

Tel 03 20 69 45 32

Médecin Solidarité Lille

4 boulevard de Belfort - 59000 LILLE

Tel 03 20 49 04 77

Planning familial

16 avenue du Président Kennedy - 59000 LILLE

Tel 03 20 57 74 80 - Fax 03 20 57 74 88

Département PAS DE CALAIS

ASSOCIATIONS

Ecoute BRUNHAUT SOS Violences conjugales LIEVIN

Tel 03 21 70 82 75 - Fax 03 21 70 65 81

Mail ecoutebrunehaut@orange.fr

CIDFF (centre d'information aux droits des femmes et des familles)

Béthune : Tel 03 21 57 98 57

Arras : Tel 03 21 23 27 53

A.V.I.J. 62 (Aide aux victimes et informations judiciaires)

Tel 03 21 71 62 00

Point d'accès aux droits

Saint Nicolas les Arras - 03 21 73 85 62

Avion - 03 21 49 75 37

Houdain - 03 21 61 77 90

Libercourt - 03 21 37 10 43

AUTEUR : Nom : CARIOU

Prénom : Aurélia

Date de Soutenance : 22 septembre 2015

Titre de la Thèse : PARENTALITÉ ET VIOLENCES CONJUGALES. *Quelle parentalité lorsqu'il existe de la violence dans le couple ?*

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : DES de psychiatrie

Mots-clés : Couple, violence conjugale, violence intrafamiliale, parentalité, protection de l'enfance, maltraitance.

Résumé : Les préoccupations croissantes pour la violence conjugale et la protection de l'enfance amène à s'interroger sur la parentalité dans ce contexte.

Le travail proposé repose sur une revue de la littérature et sur une réflexion personnelle illustrée de cas cliniques.

On retrouve chez les victimes plus de syndrome anxiodépressifs et post-traumatiques et de plaintes somatiques, chez les deux parents plus de conduites addictives. Les mères se comportent différemment selon la présence ou non du père violent et celui-ci est plus souvent autoritaire, utilise plus de renforcements négatifs et tend à transposer la dynamique de contrôle sur la relation père-enfant. La maltraitance est également plus fréquente.

La violence conjugale transcende donc le couple et interfère avec la parentalité ; l'impact sur l'enfant est similaire à celui de la maltraitance. le contexte ne permet souvent pas la création d'un environnement favorable au développement serein et harmonieux de l'enfant qui présent plus d'attachement insécure.

La parentalité doit donc être systématiquement travaillée dans ce contexte, d'où l'intérêt de développer les moyens en conséquences.

Composition du Jury :

Président : Professeur Pierre Thomas

Assesseurs : Professeur Renaud Jardri, Professeur Vincent Dodin, Docteur Éric Salomé