

Les actes du séminaire du 24 septembre 2009

" Les violences conjugales et les conséquences sur les enfants"

1. COMPRENDRE

**Séminaire organisé par la sous commission
"Le suivi des plaintes et la prise en charge judiciaire"
animée par
Françoise GUYOT, Vice-Procureure,
Chargée de mission au cabinet du Procureur.**

Janvier 2010

Ce compte rendu a été rédigé par Christine Guillemaut, Observatoire de l'égalité femmes/hommes de la Mairie de Paris, avec la contribution d'Agnès DOUVRELEUR, Substitue générale à la Cour d'appel de Paris Magistrate déléguée aux politiques publiques et associatives.

Préambule

La question des enfants exposés aux violences au sein du couple est une question assez peu connue et quasiment non traitée dans le cadre des actions d'accompagnement des femmes victimes de violences. Les acteurs concernés s'accordent à dire qu'ils et elles sont démunis face à ces situations parfois dramatiques qui impliquent que :

- d'une part, les enfants sont indirectement exposés à des violences vécues dans le couple que forme leurs parents, ce qui génère un certain stress préjudiciable à leur développement cognitif et pouvant se répercuter sur leur comportement dans les structures collectives (crèche, école, centre de loisir ...)
- et, d'autre part, ils se forgent un système de représentations des rapport de sexe entachés de violence considérée par eux comme la norme (« Papa crie et tape maman »). Enfin, ces enfants sont parfois le « révélateur » des violences qui se déroulent dans le huis clos de la famille et, par leur comportement à la crèche ou à l'école donne des indications aux intervenants sociaux sur ce qui se passe à la maison, pour peu que ceux-ci soient en mesure de les décrypter.

Le séminaire, organisé dans le cadre de la sous commission " *le suivi des plaintes et la prise en charge judiciaire*" de la *Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes* de Paris, a été préparé conjointement par **Françoise Guyot**, Vice-Procureure, Chargée de mission au cabinet du Procureur près le tribunal de grande instance de Paris, **Julie Blandin**, chargée de mission départementale aux droits des femmes et à l'égalité de la Préfecture de Paris et **Christine Guillemaut**, Observatoire de l'égalité femmes/hommes de la Mairie de Paris, Secrétariat général.

Ouverture par Françoise Guyot, Vice-Procureure, Chargée de mission au cabinet du Procureur.

Les acteurs de l'accompagnement des femmes victimes de violences, rapportent qu'ils et elles sont démunis face à des situations parfois dramatiques dans lesquelles les enfants sont indirectement exposés à des violences vécues dans le couple que forment leurs parents.

L'objectif de ce séminaire est d'améliorer le processus d'accueil et d'accompagnement des victimes dans une approche globale qui inclut la question des enfants exposés aux violences.

L'importance d'une meilleure articulation entre justice civile (Juges aux affaires familiales et Juges des enfants) et justice pénale est soulignée. Il est rappelé par ailleurs qu'une proposition de loi visant à prendre en compte les enfants dans le cadre des violences conjugales a été récemment déposée.

Ce séminaire devra permettre à chacun, acteurs de la justice, professionnels de l'action sociale, policiers et associations d'augmenter son niveau de connaissance sur ce sujet encore méconnu et peu souvent traité en tant que tel.

Le programme du séminaire

9H30 : Les effets traumatiques des violences conjugales sur les enfants

Muriel SALMONA, Psychiatre, psychothérapeute, Médecin coordinatrice, responsable de l'antenne 92 de l'institut de victimologie.

Les violences conjugales génèrent chez les enfants qui y sont exposés des conséquences psychotraumatiques graves et durables sur leur santé physique et psychique avec des retentissements sur leur scolarisation et leur vie affective. Ce sont des mécanismes neuro-biologiques, connus depuis peu, qui sont à l'origine des troubles psychotraumatiques : mémoire traumatique, conduites d'évitement et conduites à risques dissociantes. Ces mécanismes sont assimilables à des mécanismes de sauvegarde pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême lors des violences. Ces conséquences encore trop méconnues, sont rarement dépistées, alors que la prise en charge est efficace et doit être la plus précoce possible pour éviter chez ces enfants d'importantes souffrances, des échecs scolaires et des risques de mise en danger et de conduites violentes.

10H00 : La parentalité au regard de la violence conjugale

Karen SADLIER, Docteure en psychologie clinique, Directrice de l'unité FM Banier, Institut de Victimologie.

La violence dans le couple a un impact sur les compétences parentales de l'auteur de la victime. Ceci est d'autant plus important que les enfants exposés à la violence dans le couple présentent une souffrance psychologique qui requiert une attention parentale particulière. Dans cet atelier, Karen SADLIER présentera et explorera des questions concernant l'évaluation et la gestion de la parentalité dans le contexte de violence conjugale.

10H30 : Quels défis pour les intervenants de terrain?

Nadège SEVERAC, Docteure en sociologie, Chargée d'études, Observatoire National de l'Enfance et Danger.

Comment soutenir une femme dans une relation conjugale violente, sans banaliser la violence? Prendre au sérieux la violence ne risque-t-il pas d'amener à considérer la mère comme incapable de protéger son enfant? Accompagner la victime vers l'autonomie laisse-t-il toujours l'espace de penser les besoins de l'enfant? Reconnaître la place du père ne risque-t-il pas d'entraîner une sous-évaluation de sa dangerosité et à sur-responsabiliser la mère? Autant de défis pour l'intervention sociale confrontée à la violence conjugale. On propose d'y réfléchir à partir de l'éclairage de recherches et de pratiques internationales.

11H00-12H15 : Échanges avec la salle, animés par Christine Guillemaut, Observatoire de l'égalité femmes/hommes de la Mairie de Paris

Les participant-es

Environ 220 personnes ont participé à ce séminaire :

- quelques magistrats, substitut général à la Cour d'appel de Paris, Vice-président-ee de Chambres
- des travailleurs sociaux de la Ville/Département de Paris, référents violences conjugales (34 inscrits)
- des acteurs Familles et petite enfance de la Ville/Département de Paris
- des psychiatres et des psychologues de diverses structures (APHP, CERAF-Solidarités, UHD ...)
- des acteurs et actrices médiation familiale, notamment l'Espace Accueil-Famille du Service de Médiation et de Consultations Familiales
- des acteurs et actrices de la parentalité, notamment l'Association Centre Pilote pour la parentalité (CAPP)
- des policiers référents violences dans les commissariats (47 inscrits)
- la Médecin Responsable UMJ
- des associations : ARFOG, UDAF, Accueil et Prise en charge des auteurs de violences conjugales (APCARS), Collectif féministe contre le viol (CFCV), Elu-es contre les violences faites aux femmes (ECVF), association contre les violences faites aux femmes au travail (AVFT)...
- la Maison des Familles et des Cultures
- les Points d'accès au droit
- des adjoint-es au maire de divers arrondissements de Paris
- ...

Synthèse des interventions

Première intervention : "Les effets traumatiques des violences conjugales sur les enfants" par Muriel Salmona (voir aussi en annexe)

Les violences conjugales sont à l'origine d'importants traumatismes sur les enfants qui en sont témoins et qui les subissent. En cas de violences conjugales, les enfants sont témoins directs des violences dans 40% à 60% des cas.

La majorité de ces enfants (60%), s'ils ne sont pas efficacement protégés et pris en charge, développeront des conséquences psychotraumatiques graves et durables pour leur santé physique et psychique, subiront des retentissements dans leur développement psycho-moteur, leur scolarisation, leur socialisation et leur vie affective à long terme, et auront un double risque d'être à nouveau victimes de violences tout au long de leur vie, et de présenter des conduites agressives, des conduites à risque, des conduites délinquantes et des troubles psychiatriques à l'âge adulte.

Les enfants peuvent subir les violences conjugales dès leur vie foetale. Le fœtus se trouve alors submergé par un stress continu générant une souffrance physiologique cardio-vasculaire et neurologique. Il y a un risque accru de fausse-couche, de mort in-utero ou d'accouchement prématuré. A la naissance, le nouveau né va être doublement en danger, directement du fait de son père, et indirectement du fait des violences que continue à subir sa mère, ensuite du fait de la difficulté de sa mère à s'occuper de lui et à établir un lien mère-enfant.

Les conséquences psychotraumatiques sont dues à des mécanismes psychologiques et neuro-biologiques connus seulement depuis les années 90.

Une définition du traumatisme

Il s'agit d'une situation d'effroi, de terreur, d'insécurité avec un fort sentiment d'impuissance.

Les violences conjugales sont des violences explosives qui interviennent de manière inattendue et incompréhensible, créant ainsi une sorte de paralysie. Cette sidération de l'appareil psychique va paralyser toute représentation mentale et empêcher toute possibilité de contrôle d'une réponse émotionnelle qui est déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale : l'amygdale.

L'amygdale s'apparente à une alarme qui s'allume pour que l'organisme réponde au danger, elle libère ainsi des hormones de stress qui ont des effets nuisibles notamment sur le cœur et les neurones. Cette disjonction éteint la réponse émotionnelle et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésie émotionnelle mais elle est à l'origine de la mémoire traumatique.

Deuxième intervention : "La parentalité au regard de la violence conjugale" par Karen Sadlier

Karen Sadlier propose d'analyser l'impact de la violence conjugale sur la parentalité. Elle est directrice de l'unité enfant au sein du *Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie* (CPIV). Créé en 1995, ce centre reçoit et prend en charge des patients adressés par des partenaires confrontés à des situations de violences conjugales subies (*voir en annexe*).

Il a été constaté qu'un tiers des enfants suivis au sein de l'Unité Enfants sont témoins des violences subies par un des parents du couple. Ces enfants présentent des signes de souffrance psychique importants. Le retentissement de la violence subie perturbe la gestion de la parentalité, qu'il faut alors adapter au

regard des violences conjugales et notamment prendre en compte la dangerosité des rencontres une fois que des mesures ont été prises.

La parentalité chez l'auteur des violences

L'auteur de violences a une faible tolérance à la frustration ce qui se matérialise par une conduite parentale rigide voire autoritaire. Il est sujet aux addictions, il peut être alcoolique ou toxicomane. Il aura tendance à instrumentaliser l'enfant. Karen Sadlier a dégagé des critères de dangerosité nécessitant une prise en charge particulière (par exemple : la médiatisation des rencontres) :

- Menaces de suicide
- Menaces avec armes blanches et armes à feu
- Violences sexuelles
- Violences physiques sur le partenaire
- Utilisation de drogues
- Harcèlement
- Antécédents de violences sur d'autres personnes

La parentalité chez la victime

La victime de violences conjugales est souvent une personne stressée. Ce stress a des répercussions sur son style de parentalité : négociation avec l'enfant, éviction des conflits. La violence subie a des répercussions sur l'estime de soi, la qualité de la relation mère/enfant et la vie psychique de l'enfant.

Quel type de parentalité peut-on construire dans cette situation ?

Le recours à la coparentalité est difficile dans ces situations, K.Sadlier recommande une parentalité en « parallèle ». En effet, on constate que l'exercice du droit de visite et d'hébergement peut être source de violences verbales voire physiques. L'enfant se trouve instrumentalisé.

Les recommandations sont les suivantes :

- Faire de la sécurité une priorité (zéro rencontre auteur/victime y compris dans le bureau du JAF)
- Avoir recours à une tierce personne pour conduire l'enfant auprès du parent auteur de violences.
- Faire appel au « coaching parental »
- Sensibiliser les auteurs et les victimes sur les conséquences des violences conjugales
- Créer des réseaux entre les services
- Évaluer constamment les risques et la dangerosité.

Le Centre du Psychotrauma de l'Institut de Victimologie (CPIV) a pour projet d'améliorer la prise en charge de l'enfant témoin de violences conjugales dans le couple et de sa mère. Il propose :

- La création et l'animation d'ateliers d'expression thérapeutique pour les enfants âgés de 4 à 8 ans.
- La création et l'animation d'un espace de parole et d'aide à la parentalité pour les femmes victimes de violences conjugales (gestion des symptômes, de la relation mère/enfant).
- L'animation de formations au psychotraumatisme des différents intervenants socio-éducatifs.

La démarche de l'Institut de Victimologie et de ses partenaires vise à valider un mode d'intervention et de soutien des familles et des enfants qui met en avant le travail en réseau.

Troisième intervention : "Quels défis pour les intervenants de terrain?" par Nadège Severac, Docteure en Sociologie, Chargée d'études à l'ONED.

La création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance répond à l'objectif de "*mieux connaître l'enfance en danger afin de mieux prévenir et de mieux prendre en charge*".

Fin 2007, l'ONED, en partenariat avec le Service aux Droits des Femmes et à l'Égalité (SDFE), rendaient public un « cahier de recommandations aux pouvoirs publics » sur la question des enfants exposés aux violences conjugales.

(http://oned.gouv.fr/docs/production-interne/publi/cahier_preconisations_sdfc08.pdf).

Ce travail a marqué l'engagement de l'ONED dans cette problématique, à travers le financement de trois recherches, mais aussi d'un recensement des pratiques que les professionnels qui accueillent les victimes de violence conjugale en CHRS, développent pour venir en aide aux enfants.

Aujourd'hui, le propos est d'évoquer la position d'autres travailleurs sociaux (dont notamment les assistants de service social), appelés à agir en situation de violence conjugale alors qu'ils ne sont pas spécialisés, et les difficultés que cela peut leur poser. Selon Marie-Laure Déroff & Emilie Potin, dans une recherche intitulée *Traitement social de la question de l'enfant dans les violences conjugales. Pratiques et partenariats entre champs de la protection de l'enfance et des violences conjugale*¹, il s'agit notamment de:

1. **Difficulté d'identifier** la situation de violence conjugale caractérisée par l'emprise de l'un des conjoints sur l'autre, par rapport à une situation de « conflit armé » marquée par des actes de violences réciproques.
2. **Difficulté de qualifier la dangerosité** de la situation alors que la victime, en raison du caractère cyclique de la violence, opère des revirements, présentant sa situation comme insupportable puis la relativisant.
3. **Difficulté d'apporter des solutions concrètes**, notamment en matière d'hébergement. Souvent peu formés à la violence conjugale, disposant de peu de moyens, les assistant-es de service social peuvent se retrouver particulièrement démunis-es face à la violence conjugale.
4. **Difficulté supplémentaire**, ces intervenants exercent un **double mandat**, à la fois d'aide aux femmes victimes qui sollicitent leur soutien et de protection de l'enfance. La lourdeur de la situation va pouvoir les amener à opérer selon une logique de bascule. Tantôt, ils vont prioriser les intérêts de la victime adulte, ce qui ne va pas sans générer une certaine mauvaise conscience liée au sentiment de minimiser les souffrances de l'enfant. Tantôt, ils vont mettre l'accent sur la protection de l'enfant, en tentant de responsabiliser les deux parents autour de lui, ce qui revient à traiter la situation de violence conjugale comme un conflit, où les deux conjoints seraient également partie prenante. En conséquence, la mère se retrouve surexposée au danger : étant considérée comme mère responsable, elle tend à être oubliée comme femme en danger. De plus, elle est mobilisée plus que le père (qui, dans 30% des situations, n'est pas contacté par les services sociaux) sur la question de la protection de l'enfant, la charge de la parentalité tendant alors à peser sur ses seules épaules. Et ce, qui plus est, de manière durable, puisque c'est à la mère que les professionnels enjoignent d'assurer le maintien du lien entre l'enfant et son père.

Ma proposition du jour était de relever ces défis en faisant des difficultés identifiées des outils de travail dans la situation. En effet, ce que le-la professionnel-le fait pour éclaircir les « zones de flou », engage déjà un travail avec « l'usager », celui-ci étant amené à réfléchir à sa situation, à porter sur elle un nouveau regard, accompagné par le travailleur social.

S'agissant de la difficulté d'identification de la situation :

- Le fait de toujours poser la question de la violence conjugale peut être vécu par les femmes comme l'« autorisation » d'en parler et élève le taux de confiance.
- Le fait de soutenir de manière claire et empathique la femme dans l'expression de sa représentation de la situation permet de :
 - Tisser une relation de confiance pour un cheminement long, qui sera probablement marqué par des revirements, mais où la femme saura qu'elle peut re-solliciter le soutien du travailleur social
 - Entamer un travail de confrontation entre le regard que la femme porte sur la violence, forcément marqué par l'accoutumance, et le regard du travailleur social, plus proche des normes sociales et de la loi

¹ Rapport de recherche pour l'ONED et le Conseil Général du Finistère, 2009.

- Evaluer, d'après des éléments concrets, le danger pour la femme et l'enfant au regard de la dynamique de violence
- Projeter plusieurs pistes de solutions pratiques

S'agissant de la difficulté à « tenir ensemble » protection de la femme et de l'enfant :

Si la violence conjugale est une situation qui tend à focaliser tous les enjeux au niveau du couple, rappeler les besoins de l'enfant, outre que c'est nécessaire en soi, peut constituer un « détour » intéressant dans le travail du rapport de cette femme à la violence. Au lieu de considérer les intérêts de la femme et de l'enfant sous forme d'alternative, envisager les besoins de l'enfant comme un levier de sensibilisation/mobilisation de la femme.

- ⇒ Penser la violence par le prisme de l'enfant peut amener la femme à reconsidérer les effets de la violence et le besoin de protection à partir de l'angle du plus vulnérable, et partant de là, en venir à reconnaître sa propre vulnérabilité et son propre besoin de protection.
- ⇒ Possibilité d'imaginer avec elle, très pragmatiquement, des stratégies et scénarii de protection pour les enfants et elle
- ⇒ Evaluer ses capacités à conserver ou retrouver un niveau d'attention suffisant à son enfant

La qualité du lien mère-enfant a été identifiée de manière consensuelle dans les recherches comme un facteur de protection de l'enfant en situation de violence conjugale.

S'agissant de la co-parentalité :

Si les professionnels engagent une démarche visant à responsabiliser les deux parents autour de l'enfant, cela suppose :

- d'avoir contact avec les deux parents et de ne pas faire jouer à l'un d'eux les deux rôles
- d'évaluer les deux parents sur leurs capacités parentales, plutôt que de parier *a priori* sur la capacité des protagonistes à dissocier entre rôle conjugal et parental
- cela ne suppose pas de travailler avec les deux parents ensemble, le service étant susceptible de jouer un rôle de tiers dans la relation co-parentale. Il s'agit donc de la médiatiser, non pas pour arriver à un accord, mais dans une logique de relais.

Echanges avec la salle

En conclusion

La diversité des questions posées et la richesse des débats conduit les organisatrices à envisager une suite sous la forme de 3 séminaires en 2010 pour approfondir les diverses facettes de cette problématique et aboutir à des préconisations en matière de prévention de l'impact sur les enfants des violences conjugales.

Séminaire du 24 septembre 2009

" Les violences conjugales et les conséquences sur les enfants "

*Séminaire organisé par la sous commission
"Le suivi des plaintes et la prise en charge judiciaire"*

LES ANNEXES

- Les effets psychotraumatiques des violences conjugales sur les enfants par le Dr Muriel Salmona
- Présentation de l'ONED
- Présentation de l'Institut de Victimologie et le Centre du Psychotrauma

Les effets psychotraumatiques des violences conjugales sur les enfants

par le Dr Muriel Salmona

Psychiatre, médecin coordinateur, Responsable de l'Antenne 92 de l'Institut de victimologie,
Présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie

Les violences conjugales sont à l'origine d'importants traumatismes sur les enfants qui en sont témoins et qui les subissent. Lors de violences conjugales les enfants vont grandir dans un climat de grande insécurité et de terreur et vont être témoins ou victimes directes de ces violences. La majorité (près de 60 %) de ces enfants, s'ils ne sont pas efficacement protégés et pris en charge, développeront des conséquences psychotraumatiques graves et durables sur leur santé physique et psychique avec une grave souffrance mentale, des retentissements sur leur développement psycho-moteur, leur scolarisation, leur socialisation et leur vie affective à long terme, et auront un risque d'être à nouveau victime de violences tout au long de leur vie, et un risque également important de présenter des conduites agressives, des conduites à risque, des conduites délinquantes et des troubles psychiatriques à l'âge adulte (Rossman-2001), 40 à 60 % d'hommes violents avec leur partenaires ont été témoin de violences conjugales dans l'enfance.

La vie fœtale

Les enfants subissent les violences conjugales souvent dès leur vie fœtale, des études ont montré que les violences conjugales commençaient dans 40 % des cas pendant une grossesse et qu'elles étaient plus graves lors de la grossesse pour deux femmes sur trois avec quatre fois plus de femmes signalant de très mauvais traitements (coups, menaces avec armes, agressions sexuelles). **Le fœtus se retrouve alors en grand danger**, submergé par un stress continu générant une souffrance physiologique cardio-vasculaire et neurologique, avec comme risque : un avortement en début de grossesse (2 fois plus de fausses-couches - Saurel-Cubizolles et al., 1997), une mort in-utéro par décollement placentaire, une hémorragie foeto-maternelle (Purwar, 1999), un accouchement prématuré : 37% d'augmentation de risque, un petit poids de naissance : 17 % d'augmentation de risque (Silverman, 2006). **À la naissance le nouveau-né va être doublement en danger**, directement par la violence de son père qui peut fréquemment s'abattre sur lui (dans trois cas sur quatre), indirectement par les violences que continue à subir sa mère (dans 90 % des cas) et par la difficulté de sa mère à s'occuper de lui et à établir un lien mère-enfant de qualité du fait des violences et des troubles psychotraumatiques qui en sont la conséquence.

Les enfants témoins directs et donc victimes

Ensuite, en cas de violences conjugales, les enfants sont témoins directs des violences dans 40 à 60% des cas. Pour ces enfants, 2/3 sont eux-mêmes victimes directes de violences familiales, et risquent d'être tués lors d'une séparation. Dans le cadre des appels au 119 : 80% des enfants victimes de mauvais traitements ont été témoins de violences conjugales ; pour les parents, les enfants ont été perçus comme cause des violences conjugales dans 19 % des cas ; les violences conjugales augmentent le risque de mauvais traitement aux enfants (6 à 15 fois plus de risque).

Les conséquences psychotraumatiques sont dues à des mécanismes psychologiques et neuro-biologiques, connus depuis peu. Ces mécanismes sont assimilables à des mécanismes exceptionnels de sauvegarde qui sont déclenchés par le cerveau pour échapper au risque vital que fait courir une réponse émotionnelle extrême impossible à calmer lors des violences, et ensuite à distance lors de **leurs réminiscences** (mémoire traumatique). En raison de la terreur, de l'impuissance de l'enfant confronté à des violences incompréhensibles et à un parent qui soudain se transforme en «monstre », ou qui se comporte de façon incohérente, imprévisible et injuste, l'enfant se retrouve sidéré et le plus souvent seul pour faire face à un état de détresse et de stress extrême déclenchés par le danger.

Cette sidération de son appareil psychique va paralyser toute représentation mentale et empêcher toute possibilité de contrôle d'une réponse émotionnelle qui est déclenchée par une structure cérébrale sous-corticale : l'amygdale. L'amygdale s'apparente à une alarme qui s'allume pour que l'organisme réponde au danger et lui fasse face ou puisse le fuir. Comme toute alarme, par sécurité, elle ne s'éteint pas spontanément, seul le cortex peut l'éteindre grâce à des représentations mentales (intégration et compréhension de la situation et prise de décisions). Un enfant confronté à des violences commise par un de ses parents est totalement démuni et en état de sidération, il n'a pas de possibilité d'échapper à la situation, ni le plus souvent de la comprendre, il se retrouve seul et impuissant : aucun adulte n'étant dans la capacité de l'aider et de le rassurer, pas le parent agresseur bien sûr, ni le parent victime qui ne peut pas être disponible pour l'enfant puisqu'il fait face aux violences. L'alarme continue donc à « hurler », un stress extrême va alors l'envahir et mettre l'organisme en situation de survoltage, avec des taux toxiques d'hormones de stress : adrénaline et cortisol qui représentent un risque vital cardiovasculaire et neurologique. C'est alors que, comme dans circuit électrique en survoltage qui disjoncte pour protéger les appareils électriques, le cerveau fait disjoncter le circuit émotionnel à l'aide de neurotransmetteurs qui sont des « drogues dures » anesthésiantes et dissociantes (morphine-like et kétamine like).

Cette disjonction éteint la réponse émotionnelle et fait disparaître le risque vital en créant un état d'anesthésie émotionnelle, mais elle est à l'origine aussi :

- d'une dissociation : (déconnexion avec le cortex) il s'agit d'un trouble de la conscience liée à la déconnexion, avec une sensation d'irréalité et d'être un spectateur extérieur aux événements, l'enfant a l'impression de regarder un film ;

- et d'une mémoire traumatique, (déconnexion avec l'hippocampe) la mémoire émotionnelle de l'événement du fait de la disjonction ne va pas être traitée par l'hippocampe. L'hippocampe est une structure cérébrale qui intègre et transforme la mémoire émotionnelle inconsciente en mémoire consciente autobiographique et verbalisable (c'est un véritable logiciel indispensable pour que la mémoire des événements et des apprentissages soit stockée et recherchée). La mémoire traumatique est donc une mémoire émotionnelle des événements qui va rester non-consciente, non contrôlable, et enkystée. Un nouveau-né peut développer cette mémoire traumatique.

La mémoire traumatique

La mémoire traumatique est une mémoire « fantôme » et hypersensible, prête à « exploser » en faisant revivre à l'identique, avec le même effroi et la même détresse, les événements violents et/ou les émotions et les sensations qui y sont rattachées. Elle « explose » aussitôt qu'une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle sera comme une « bombe à retardement » susceptible d'exploser souvent des mois, voire des années ou des dizaines d'années après les violences. Quand elle « explose » elle envahit tout l'espace psychique de façon incontrôlable. Elle transforme la vie psychique en un terrain miné.

Pour un enfant traumatisé par des violences graves (comme une tentative de meurtre sur sa mère), entendre son père au téléphone, le revoir ou même savoir qu'il risque de le revoir peut déclencher des attaques de panique et une détresse avec stress extrême et à nouveau disjonction et des réaction motrice de frayeur (fuite éperdue ou au contraire l'enfant peut se recroqueviller sous un meuble). De même après des violences avec des hurlements et des coups donnés, le simple fait pour l'enfant d'entendre un bruit inattendu, un cri, un objet qui tombe, une porte qui claque peut déclencher une terreur. Si la mère a été blessée, voir du sang (même s'il s'agit d'une petite blessure) peut là aussi déclencher un état de panique. Si des violences ont eu lieu la nuit, l'enfant peut ne plus du tout pouvoir dormir, si des violences ont eu lieu lors des repas (ce qui est fréquent) l'enfant peut ne plus pouvoir manger. L'enfant va vivre dans un état de peur permanente et aura besoin d'être rassuré tout le temps (angoisse de séparation, insomnie), il aura peur pour sa mère et ne pourra plus la quitter (phobies et refus scolaire), il sera en état d'alerte permanente, à surveiller continuellement tout ce qui l'entoure, il développera des stratégies pour éviter les conflits, pour éviter que son parent violent s'énerve, il pourra se sentir responsable et coupable si des violences éclatent à son propos. S'il est l'aîné des enfants il pourra s'obliger à prendre en charge les

autres enfants et se parentaliser et s'il est plus grand il peut devenir le protecteur de sa mère, s'interposer pendant les violences et s'exposer à recevoir des coups.

L'enfant pour éviter ces déclenchements effrayants de sa mémoire traumatique, va mettre en place des conduites d'hypervigilance, de contrôle et d'évitement vis à vis de tout ce qui est susceptible de la faire « exploser », mais comme il n'a aucune autonomie et qu'il est dépendant des adultes il est souvent empêché de le faire, les adultes, le plus souvent, comme ils ne comprennent pas les troubles et les réactions des enfants contrecarrent les conduites d'évitement des enfants et leur interdisent de les mettre en place, en recourant éventuellement à des punitions. Les adultes vont obliger les enfants à s'exposer à ce qui leur font le plus peur, comme être séparé de leur mère pour voir leur père violent et rester seul avec lui lors de séparation.

Quand l'enfant n'est pas sécurisé et ne peut pas mettre en place des conduites d'évitement efficaces, sa mémoire traumatique va exploser fréquemment et du fait d'une accoutumance aux drogues dissociantes secrétées par le cerveau, le circuit émotionnel ne va pas pouvoir disjoncter lors du survoltage déclenché par la mémoire traumatique, ce qui crée une situation de détresse intolérable qui ne pourra être calmée (en l'absence de soutien et de soin spécialisé) que par des conduites à risque dissociantes. Ces conduites à risque dont l'enfant et l'adolescent expérimentent rapidement l'efficacité servent à augmenter le niveau de stress et la quantité de drogues dissociantes secrétées par l'organisme ou apportées de l'extérieur (alcool, drogues) pour déclencher « à tout prix » une disjonction qui permettra une extinction de la réponse émotionnelle et la mise en place de l'anesthésie émotionnelle recherchée pour calmer l'état de tension.

Ces conduites à risques dissociantes sont des conduites autoagressives (se frapper, se mordre, se brûler, se scarifier, tenter de se suicider), des mises en danger (conduites routières dangereuses, jeux dangereux, sports extrêmes, conduites sexuelles à risques, fréquentations dangereuses), des conduites addictives (consommation d'alcool, de drogues, de médicaments, jeux addictifs), des conduites violentes et délinquantes. Les conduites à risques sont donc des mises en danger délibérées qui auraient normalement pu être prévenues ou évitées. Elles consistent en une recherche active voire compulsive de situations, de comportements ou d'usages de produits connus comme pouvant être dangereux à court ou à moyen terme. Le danger est recherché pour son pouvoir dissociant, et par le stress extrême qu'il entraîne, pour sa capacité à mettre en place un mécanisme de sauvegarde neurobiologique exceptionnel qui va déconnecter les réponses émotionnelles et donc créer une anesthésie émotionnelle et un état dissociatif.

Toutes ces conséquences encore trop méconnues, sont rarement dépistées, alors que la prise en charge est efficace et doit être la plus précoce possible (avec une mise en sécurité) pour éviter chez ces enfants d'importantes souffrances, des échecs scolaires, des risques suicidaires, des risques de mises en danger (accidents, conduites à risques) et de conduites violentes.

En résumé

Les principaux troubles psychotraumatiques sont à l'origine d'une grande souffrance psychique, sont donc :

- une mémoire traumatique (qui fait revivre sans fin les violences lors de cauchemars, de flash-back et d'attaque de panique avec une grande détresse),
- des symptômes dissociatifs (avec des absences, des déconnexions et des sensations d'irréalité, des troubles cognitifs, une anesthésie émotionnelle),
- une hypervigilance (avec une sensation de peur et de danger permanent, un état d'alerte, d'importants troubles du sommeil et de l'alimentation, une hyperactivité, une irritabilité et des troubles de l'attention),
- des conduites de contrôle et d'évitement (avec des angoisses de séparation, des comportements régressifs et la mise en place de stratégies pour éviter le déclenchement des violences et de la mémoire traumatique, des phobies sociales et des troubles obsessionnels compulsifs)
- et des conduites à risques dissociantes (des mises en danger, des conduites addictives, des conduites auto-agressives, des conduites violentes et délinquantes, pour calmer la souffrance en provoquant par des mises en danger un « court-circuit » émotionnel qui crée une anesthésie émotionnelle, ces

- conduites pouvant représenter un risque vital pour l'enfant),
- associés à de nombreux **troubles psychosomatiques** (maux de tête, de ventre, nausées et vomissements, angines et otites à répétitions, risque de développer de l'asthme, des allergies, troubles dermatologique : eczéma, alopecies, du diabète).

Ces troubles vont être à l'origine :

- d'importants troubles du développement psycho-moteur, de troubles de la personnalité, de difficultés scolaires et de troubles de l'apprentissage,
- de troubles relationnels avec un isolement, d'une grande timidité et d'une mauvaise estime de soi, de troubles du comportement (10 à 17 fois plus que les enfants dans un foyer sans violence), d'un comportement agressif ou d'opposition,
- de symptômes dépressifs et une augmentation des conduites délinquantes, de conduites violentes et de troubles psychiatriques à l'âge adulte (50% des jeunes délinquants ont vécu dans un milieu familial violent dans l'enfance et 40 à 60 % d'hommes violents avec leur partenaires ont été témoin de violence conjugale dans l'enfance)
- et d'un risque pour la santé physique et psychique, dont un risque vital : risque (x 10 à x 20) de mourir par accidents (liés au conduites à risque, on sait qu'il s'agit de la première cause de mortalité chez les adolescents) et par suicides (deuxième cause de mortalité chez les adolescents).

Conclusion

Il est essentiel de prendre en compte les conséquences psychotraumatiques des violences conjugales chez l'enfant pour pouvoir mieux le comprendre, mieux le protéger, mieux dépister sa souffrance et les risques qu'il peut courir, afin de mieux le prendre en charge et le traiter, et de mieux prévenir de futures violences.

Il faut être attentif à ne pas sous-estimer l'impact psychologique des violences sur l'enfant et à ne pas le banaliser et à ne pas mettre sur le compte du jeune âge ou de l'adolescence des troubles qui sont des indicateurs de souffrance.

Il est essentiel d'informer le grand public et de former les professionnels de l'enfance, de la santé, de la police et de la gendarmerie et de la justice et de développer des centres de soins spécifiques.

« LES ENFANTS EXPOSES AUX VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE, QUELLES RECOMMANDATIONS POUR LES POUVOIRS PUBLICS ? »

L'ONED a publié, en partenariat avec le Service des Droits des Femmes et de l'Égalité (SDFE) un cahier de recommandations aux pouvoirs publics concernant ces enfants (www.oned.fr, rubrique "guides"), dont le sommaire est le suivant :

1. SENSIBILISER, FORMER ET METTRE EN RESEAU L'ENSEMBLE DES INTERVENANTS CONCERNES

- Sensibiliser les acteurs sociaux en contact avec l'enfant au fait que l'exposition aux violences dans le couple peut constituer un facteur de danger pour l'enfant.
- Organiser des actions de formation multi-partenariales consacrées à la connaissance des effets sur les enfants de l'exposition aux violences dans le couple.
- Réaliser des protocoles pour une mise en réseau de l'ensemble des professionnels concernés, en particulier ceux des champs de la lutte contre les violences conjugales, de la protection de l'enfance et de la périnatalité.

2. REPERER ET ALERTER

- Pour une prévention la plus précoce possible
- La question du repérage et de l'alerte posée à l'ensemble des intervenants au contact des enfants (professionnels de l'accueil, enseignants, intervenants médicaux et sociaux)
- La question de l'accueil et de l'orientation des victimes dans les services de police et de gendarmerie
- En cas de départ en urgence du domicile, recommandations aux professionnels accompagnant les victimes

3. EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE DE L'IMPACT DES VIOLENCES POUR CONSTRUIRE UNE REPONSE ADAPTEE A L'ENFANT ET A SA FAMILLE

- Evaluation et prise en charge éventuelle de l'enfant
- Evaluation de la situation des parents
- Une ou des réponse(s) adaptée(s) à la spécificité du contentieux des violences conjugales.

Le contexte de création

La création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED) par la loi du 2 janvier 2004 répondait au besoin réel et ancien de dresser un état des lieux de la maltraitance en France et des actions menées auprès des enfants victimes. L'absence de lieux ressources rassemblant la documentation scientifique, mais aussi les travaux fondés sur l'expérience des professionnels, constitue une des raisons majeures ayant présidé à la création de l'Observatoire. La loi du 2 janvier 2004 insiste avec force sur la mission de diffusion «des connaissances chiffrées, des pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge médico-sociale et judiciaire de la maltraitance dont les résultats ont été jugés concluants». Ces missions ont été confirmées et élargies par la loi n°2007-293 du 5 mars 2007.

Les missions de l'ONED

La fonction confiée à l'ONED est de mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter. Ceci conduit à favoriser systématiquement une meilleure coordination de l'action des services de l'Etat, des Conseils généraux et des associations de protection de l'enfance. Ces trois entités constituent le triple socle du Groupement d'Intérêt Public Enfance en danger, dont l'ONED est un service distinct du SNATED (119 Allô enfance en danger), dans ses missions et ses modes de travail, mais qui coopère étroitement avec lui. Les missions de l'ONED, définies par la loi, peuvent être organisées en cinq projets : mettre en cohérence les données chiffrées en vue d'une meilleure coordination des interventions ; recenser et évaluer les pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge ; réaliser des études et des comparaisons internationales. L'Observatoire vise à devenir un véritable lieu ressources notamment via son site Internet (www.oned.gouv.fr).

Mise en cohérence des données

L'ONED, au titre de sa mission de mise en cohérence des données chiffrées, tente d'améliorer notre connaissance de la population des enfants en danger dans le cadre de difficultés d'ordre familial par plusieurs moyens :

- ✓ Recenser, promouvoir et analyser les sources existantes en France concernant les enfants susceptibles de bénéficier d'une prise en charge en protection de l'enfance mais aussi, notamment par le biais des enquêtes rétrospectives, les personnes ayant été maltraitées sans avoir bénéficié d'aide.
- ✓ Mettre en place un système d'observation qui permette d'intégrer les données recueillies sur les enfants et leur famille par différentes institutions intervenant en protection de l'enfance.
- ✓ Etre à l'initiative d'autres études et enquêtes observant la population des enfants en danger, les phénomènes de mise en danger ou de protection et le devenir des enfants pris en charge.
- ✓ Dans le cadre de coopérations européennes et internationales, recueillir des données, analyser des systèmes d'observations et confronter des méthodologies.

Recensement et évaluation des pratiques

L'Observatoire s'intéresse de près aux dispositifs et pratiques dans le champ de la protection de l'enfance. Ceux-ci sont analysés par ses chargés d'études à partir de documents officiels et de visites de terrain. Les analyses réalisées sont consultables en ligne permettant ainsi de faire connaître les pratiques et de susciter des échanges entre professionnels de la protection de l'enfance.

Développement d'études et de recherches

Chaque début d'année, l'Observatoire lance deux appels d'offres, l'un ouvert, l'autre thématique. Le calendrier est identique tous les ans : clôture des candidatures en mai, réponse courant juillet. Les équipes doivent être rattachées soit à un laboratoire de recherche, soit à une association ou une fondation. La durée des projets ne peut excéder 18 mois. Le Conseil scientifique de l'ONED établit un classement qui est ensuite soumis au Conseil d'administration du GIP. Par ailleurs, le site Internet de l'ONED vise à rassembler à terme l'ensemble des recherches portant sur l'enfance en danger publiées depuis janvier 2004, date de création de l'Observatoire. Enfin, l'ONED accueille des chercheurs français et étrangers qui contribuent à ses travaux.

Réseau des observatoires européens

L'Observatoire participe activement au réseau ChildONEurope, représenté par son directeur, Paul Durning, qui participe aux assemblées générales ainsi qu'aux séminaires thématiques. L'ONED est également très attentif aux autres organismes européens et internationaux intervenant dans le champ de la protection de l'enfance, à leurs domaines de compétences, leurs enjeux et modes d'intervention. Certains dispositifs développés à l'étranger font l'objet d'études ponctuelles dans la mesure où ils apportent un éclairage pour l'étude de la situation française.

Diffusion et circulation des informations

Conçu comme un véritable centre ressources, le site Internet de l'ONED vise, à rassembler et à diffuser les connaissances et les expériences dans le champ de l'enfance en danger et à favoriser l'émergence de réseaux regroupant responsables de la protection de l'enfance et chercheurs français et étrangers.

Il permet ainsi des échanges entre tous les professionnels œuvrant dans le champ de l'enfance en danger. Ce centre documentaire numérisé est complété par la Lettre de l'ONED informant régulièrement les acteurs de la protection de l'enfance de l'actualité de l'institution. Enfin, l'Observatoire organise des

journées thématiques regroupant les représentants des départements et participe à des colloques, congrès, journées d'études, etc.

Le 119, premier service du GIP Enfance en danger

Le 10 juillet 1989, les parlementaires ont voté à l'unanimité un projet de loi relatif à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance. Cette loi a donné le jour au Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en danger (SNATED), communément appelé : «Allô enfance en danger». Depuis mars 1997, le service bénéficie d'un numéro d'appel simplifié à 3 chiffres le 119. L'affichage de ce numéro est obligatoire dans les lieux recevant des mineurs. Site Internet : www.allo119.gouv.fr .

Un service public

La structure juridique du service est celle d'un Groupement d'Intérêt Public. Elle réunit trois instances directement concernées par la prévention et la protection des mineurs : l'État, les départements et des associations.

Le 119 est dans le champ de la téléphonie sociale l'unique service émanant d'une décision législative, ce qui lui confère des obligations légales. Il est financé à part égale par l'Etat et les départements. Le service est assisté par un comité technique composé de spécialistes.

Les missions du 119

Depuis la loi du 5 mars 2007, **trois missions** lui sont confiées

1. Accueillir les appels d'enfants en danger ou en risque de l'être et de toute personne confrontée à ce type de situations, pour aider à leur dépistage et faciliter la protection de mineurs en danger.
2. Transmettre les informations préoccupantes concernant ces enfants aux services des Conseils Généraux compétents en la matière. Signaler directement au Parquet lorsque l'information recueillie le justifie.
3. Agir au titre de la prévention des mauvais traitements à enfant.

Une coopération étroite

Afin de mutualiser les ressources et les compétences, l'ONED et le 119 sont rassemblés dans le même immeuble depuis novembre 2005.

Les deux services travaillent ensemble notamment autour d'une réflexion portant sur les items caractérisant les situations d'enfants concernés par les appels téléphoniques adressés au 119.



Institut de Victimologie

L'Institut de Victimologie et le Centre du Psychotrauma
131, rue de Saussure 75017 Paris tél : 01 43 80 44 40 - fax : 01 43 80 44 93
www.victimo.fr

L'Institut de Victimologie, créé le 8 novembre 1994, est une association Loi 1901. Il vise à promouvoir le traitement précoce et spécifique des victimes, à promouvoir le travail en réseau transdisciplinaire entre les intervenants libéraux, hospitaliers et associatifs, et à susciter la création de lieux de soins spécifiquement adressés aux enfants et aux adultes victimes d'événements traumatiques. Ces lieux doivent être animés par des équipes pluridisciplinaires constituées de médecins et de psychologues spécialistes de ce travail. L'Institut de Victimologie est également représenté à Bourg la Reine, Aubervilliers, Lyon, et l'Île de la Réunion.

Aujourd'hui, l'Institut est structuré autour de 4 pôles

Pôle Santé

En 1995, création du premier **Centre du Psychotrauma**, par les Docteurs Lopez et Sabouraud-Séguin. C'est une unité de soins agréée spécialisée dans le traitement medico-psychologique des victimes d'agressions, de catastrophes, d'attentats, de prises d'otages, d'accidents et plus généralement de troubles post-traumatique. Il est géré par l'Institut de Victimologie, association loi 1901 conventionnée avec la sécurité sociale. L'équipe se compose de psychiatres et de psychologues répartis en deux départements indépendants : le département adultes et département enfants (financé par la subvention de M. François Marie Banier). **En 2008, plus de 900 patients ont été suivis et 7 200 consultations ont été effectuées au Centre.**

Pôle formation

Chaque année, des actions de formation sont réalisées auprès de nombreux partenaires (Conseil Généraux, Collectif féministe contre le viol, associations d'avocats, de médecins, de services de protection de l'enfance et d'aide aux victimes, police, gendarmerie...). **En 2008, 1104 stagiaires professionnels ont été formés** (hors communications en colloques et enseignement universitaire). Les responsables de l'Institut coordonnent les Diplômes Universitaires de Psychotraumatologie et de Victimologie à l'Université Paris 5.

Pôle Recherche

Ce pôle a pour vocation de produire des recherches, de publier et d'assurer une veille scientifique dans le champ de la psychologie clinique. Ainsi un ouvrage collectif, « **L'aide mémoire de psychotraumatologie : 45 notions clés** », Ed Dunod, 2008, a été publié sous la direction de Marianne Kedia, Docteur en psychologie, et du Dr Aurore Sabouraud-Séguin. D'autre part, une action recherche portant sur « l'enfant témoin des violences dans le couple », cofinancé par l'Observatoire des violences envers les femmes, le Conseil Général du 93 et la Région Île de France (GRSP) a été mise en œuvre

Pôle entreprise

L'Institut assure également le suivi post-agression de grande compagnies (banques, industrie, pétrole, distribution...) dans le cadre de convention de suivi et de formation et développe une activité de conseil et de formation sur les risques psychosociaux, la gestion de crise, et les violences en entreprise.

La démarche de l'Institut de Victimologie et de ses partenaires vise à valider un mode d'intervention et de soutien des familles et des enfants qui met en avant le travail en réseau.

L'importance donnée à la partie relative à l'évaluation clinique de l'action participe de ce désir de validation dont la finalité est de modéliser et de diffuser ce mode opératoire.

En fonction des résultats que nous nous proposons de diffuser largement, il est envisagé d'étendre cette action auprès des différents partenaires et d'assurer la formation et/ou le suivi de professionnels susceptibles de mettre en place et d'animer de tels groupes.

Pour toute information :

Karen SADLIER, Directrice Unité Enfant, CPIV, k.sadlier@victimo.fr