المجلة الجزائرية للطب
Journal Algérien de Médecine
ARTICLE ORIGINAL

LES ENFANTS EXPOSES A LA VIOLENCE CONJUGALE : UN DOMMAGE COLLATERAL MECONNU : *à propos d'une étude sur 159 cas recensés au niveau du Service deMédecine Légale de Béni Messous Alger*

HAROUAL S[1,2], TAHRAOUI K[1,2], SELLAMI N[1,2], KACI O[1,2], BENBETKA H[1,2], SNOUBER R[3].

1) Université Des Sciences De La Santé D'alger Youcef El Khatib, Alger.

2) Service De Médecine Légale CHU De Bab El Oued Alger.

3) Unité De Consultation De Psychologie Clinique CHU De Béni Messous Alger.

E-mail : Haroual S : haroualsofiane@gmail.com ; Tahraoui K : medleg67@yahoo.fr ; Sellami N : sellami.noudjoud@yahoo.fr ; Kaci O : kwassila21@yahoo.fr ; Benbetka H : benbetkahadjer@gmail.com ; Snouber R : r.snouber@gmail.com.

RÉSUMÉ :

Quand on évoque la maltraitance des enfants, les images qui nous viennent en tête spontanément sont celles de l'abus physique, de l'abus sexuel et de la négligence grave. L'exposition à la violence conjugale (le mal silencieux) est une forme répandue de mauvais traitement psychologique envers l'enfant dont les conséquences néfastes sont mal connues. Les enfants ne sont pas tous affectés de la même manière par la violence conjugale et peuvent présenter différents profils d'adaptation. La place des enfants dans cette violence au sein du couple reste peu appréhendée du point de vue socio-juridique. Les enfants exposés à la violence conjugale sont encore peu pris en considération et les professionnels de la santé ont des difficultés à leur apporter des prises en charge adaptées. Nous avons choisi de parler de cette problématique pour conscientiser la population et surtout les personnels de la santé à cette réalité, la rendre tangible et la sortir de l'intimité des maisons Nous avons choisi de vous présenter les cas qu'on a recensé dans notre consultation médico-judiciaire, selon un protocole de dépistage qu'on a adopté, pour vous montrer la difficulté de détection de ces cas et de leur prise en charge ainsi que les troubles psychologiques que présentent ces enfants affectés, issus des conflits conjugaux.

Mots clés : Enfants maltraités, Violences conjugales, Mal silencieux, Difficultés de prise en charge, Répercussions psychologiques.

ABSTRACT : ***CHILDREN EXPOSED TO DOMESTIC VIOLENCE : AN UNKNOWN COLLATERAL DAMAGE (REGARDING : a study of 159 cases recorded at the forensic medicine service of Béni Messous, Algiers.***

When we think of child abuse, the images that spontaneously come to mind are those of physical abuse, sexual abuse, and severe neglect. Exposure to domestic violence (the silent evil) is a widespread form of psychological abuse against children, the harmful consequences of which are poorly understood. Not all children are affected in the same way by domestic violence and can exhibit different adjustment profiles. The role of children in this domestic violence remains poorly understood from a socio-legal perspective. Children exposed to domestic violence are still rarely considered, and healthcare professionals struggle to provide them with appropriate care. We have chosen to address this issue to raise awareness among the public, and especially among healthcare workers, of this reality, to make it tangible, and to remove it from the privacy of homes. We have chosen to present the cases identified during our medical-legal consultation, based on a screening protocol we have adopted, to demonstrate the difficulty of detecting and treating these cases, as well as the psychological disorders presented by these affected children resulting from marital conflict.

Key words : Abused children, Domestic violence, Silent illness, Care difficulties, Psychological repercussions.

Tirés à part : HAROUAL S., Université Des Sciences De La Santé D'alger Youcef El Khatib, Alger.

INTRODUCTION

Quand on évoque la maltraitance des enfants, les images qui nous viennent en tête spontanément sont celles de l'abus physique, de l'abus sexuel et de la négligence grave [1].
Défilent alors dans l'imaginaire de chacun des scénarios de familles dysfonctionnelles avec des parents toxicomanes, perturbés mentalement, violents et délinquants ; rares sont ceux qui se représentent ces enfants comme des enfants « ordinaires », vivant dans des familles « Ordinaires ». Or, cela existe beaucoup plus que l'on pense, et particulièrement lorsqu'il est question de mauvais traitements psychologiques.
L'exposition à la violence conjugale (le mal silencieux) est une forme répandue de mauvais traitement psychologique envers l'enfant dont les conséquences néfastes sont mal connues [2,3].
Les enfants ne sont pas tous affectés de la même manière par la violence conjugale et peuvent présenter différents profils d'adaptation [4].
Ces enfants sont encore peu pris en considération par les professionnels de la santé qui ont des difficultés à leur apporter des prises en charge adaptées [5].
En réalité, et sur le plan pratique, il y'a aucun motif pour leur consultation ou leur prise en charge.
L'enfant exposé à la violence conjugale subit cette charge de différentes façons. Il peut d'abord voir son parent (surtout la mère) recevoir des coups (exposition visuelle) ou se faire menacer (exposition visuelle et auditive) [6]. Il peut aussi entendre des cris, des insultes et même le son d'objets lancés et brisés alors qu'il se trouve dans une autre pièce (exposition auditive) [7,8].
Il peut ressentir toute la détresse qu'engendre la violence en voyant, par exemple, sa mère pleurer, soigner ses blessures ou dire qu'elle quittera la maison [9].
L'objectif principal de ce travail est de dresser le profil sociodémographique et surtout les répercussions psychologiques de ces violences sur les enfants victimes, exposés à la violence des couples, pris en charge dans l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU Béni Messous.
Nous avons choisi de parler aussi de cette problématique pour conscientiser la population et surtout les professionnels de la santé à cette réalité, la rendre tangible et la sortir de l'intimité des maisons, nous avons choisi d'en parler avec l'espoir que tous se sentent concernés et comprennent l'importance d'agir pour protéger ces enfants.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, avec collecte prospective des informations portant sur tous les cas des enfants exposés à la violence conjugale présumés, détectés et pris en charge au sein de l'unité d'exploration médico-judiciaire du service de médecine légale du CHU Béni Messous d'Alger, durant la période allant du 01 Mars 2019 au 30 Novembre 2022, soit 45 mois.
La taille de l'échantillon est de 159 cas d'enfants maltraités (toutes formes de sévices), dont 25 enfants sont exposés à la violence conjugale.
L'équipe de travail qui participe au dépistage et à la prise en charge des enfants exposés aux conflits conjugaux est composée par ; les médecins légistes (assistants, maîtres assistants et professeurs), Les résidents en Médecine Légale, la psychologue clinicienne, les infirmières et les infirmiers et la réceptionniste.
La conception des questions et des items utilisés dans notre enquête transversale a été établie grâce aux données de la littérature et des études d'une part, et notre expérience professionnelle d'autre part.
Dans le cadre de la prise en charge de nos victimes et pour évaluer l'impact psychologique, la consultation psychologique est systématique et indispensable, bien sûr, avec le consentement du tuteur légal de l'enfant. Un examen psychologique se déroule en plusieurs étapes : une anamnèse (recueil de l'historique du patient), des entretiens cliniques (l'enfant peut décrire son vécu et les difficultés qu'il rencontre), la passation d'une batterie de tests standardisés (ces tests peuvent inclure des épreuves d'intelligence, comme le WISC[1] ou le WPPSI[2] pour évaluer les capacités cognitives, ou des tests de personnalité comme le Rorschach[3] pour explorer le fonctionnement psychologique) et cela pour évaluer le fonctionnement cognitif, affectif ou la personnalité, l'analyse qualitative et quantitative des résultats, et enfin la rédaction d'un rapport d'analyse détaillant les conclusions.

LIMITE DE L'ÉTUDE :

Cette étude de recherche s'est basée sur le recueil des données concernant les cas des maltraitances à l'encontre des enfants vus et pris en charge au niveau de l'unité d'exploration médico-judiciaire du CHU de Béni Messous ; la taille de notre échantillon est réduite par rapport aux études transversales menées auprès de la population générale.
Ces limites ne nous permettent pas d'extrapoler nos résultats à la population générale, mais les hypothèses dégagées des analyses des données de cette étude doivent être considérées comme préliminaires et demeurent invérifiables au-delà de ce qui ressort des données transmises par les autorités judiciaires.
Le recueil des données a été réalisé par des médecins différents. Il est donc possible que certains items du questionnaire n'aient pas pu avoir la même signification notamment en ce qui concerne les circonstances des maltraitances.

RESULTATS

Durant la période d'étude qui est de 45 mois, nous avons pris en charge 159 enfants victimes de maltraitance toutes formes confondues sur un nombre total de 483 consultations infantiles (tableau I); ceci représente environ 32,9% de l'ensemble des consultations infantiles médico-légales de l'unité d'exploration médico-judiciaire du CHU Béni Messous d'Alger (tableau I).
Mais surtout pour dépister les enfants exposés à la violence conjugale. Nous avons pris en charge, aussi, 1686 mères battues qui rentrent dans le cadre de la prise en charge mère et enfant dans le contexte de la protection des enfants exposés et nous avons constaté que la prévalence des maltraitances psychologiques par exposition à la violence des couples par rapport à la consultation mère et enfant représente 9,4 % (tableau I).
La majorité de nos victimes (84%) avait subi le mauvais traitement psychologique sous forme d'une exposition continue aux conflits conjugaux (figure 1).
Commis ou provoqués dans la majorité des cas par le père, dont l'âge moyen est de 40.05±6.14 ans allant de 28 à 53 ans (figure 2).
La majorité des personnes prenant soin de l'enfant (généralement les parents et en particulier le père) présentait des facteurs de risque ; essentiellement 32,1% de toxicomanie, 20,7% d'alcoolisme et 17,6% un problème de santé mentale (figure 3).

1 Le WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), ou Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants, est un test psychologique utilisé par les psychologues pour évaluer le quotient intellectuel (QI) et le profil cognitif des enfants et adolescents âgés de 6 à 17 ans. Le test mesure différentes aptitudes cognitives telles que la compréhension verbale, le raisonnement fluide, les aptitudes visio-spatiales, la mémoire de travail et la vitesse de traitement, afin d'identifier les forces et les faiblesses cognitives d'un enfant et de contribuer au diagnostic de troubles des apprentissages ou d'autres difficultés.
2 Le WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) est une échelle d'intelligence standardisée conçue par David Wechsler pour évaluer le fonctionnement intellectuel et cognitif des jeunes enfants, généralement âgés de 2 ans et demi à 7 ans et 7 mois. Il permet de mesurer différents aspects de l'intelligence, telles que la compréhension verbale, les capacités visuo-spatiales, la mémoire de travail et la vitesse de traitement, afin d'obtenir une estimation du quotient intellectuel (QI) et d'identifier les points forts et les points faibles de l'enfant.
3 Le test de Rorschach est un test psychologique projectif, élaboré par Hermann Rorschach en 1921, qui utilise des planches contenant des taches d'encre symétriques et ambigües pour évaluer la personnalité d'une personne.

Tableau I. La fréquence des maltraitances envers les enfants au cours de la période d'étude.

Années / Consultants	2019-2020	2020-2021	2021-2022	Total
Nombre total des consultants	7685	1452	5547	14684
Nombre d'enfants consultants	198	97	188	483
Nombre d'enfants victimes de maltraitance	76	24	59	159
Nombre de mères victimes de violences conjugales consultantes	784	326	566	1686
Fréquence des maltraitances sur enfants/Nombre total des consultants	0,5%	0,2%	0,4%	1,08%
Fréquence des maltraitances sur enfants/Nombre d'enfants consultants	47,8%	15,1%	37,1%	32,9%
Fréquence des maltraitances sur enfants/Nombre de mère et enfants consultants	4,5%	1,4%	3,5%	9,4%

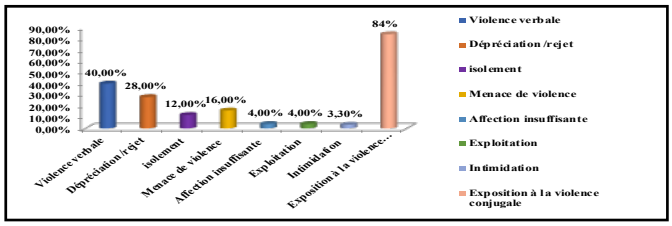


Figure 1. Répartition des victimes selon la nature du mauvais traitement psychologique.

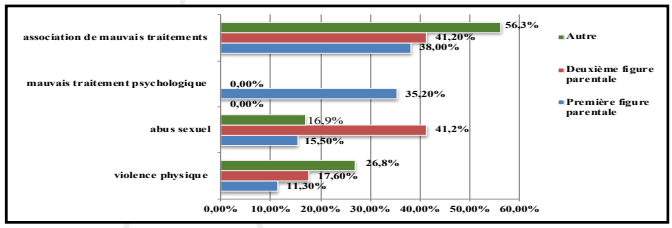


Figure 2. Répartition des victimes selon la nature et l'auteur des mauvais traitements.

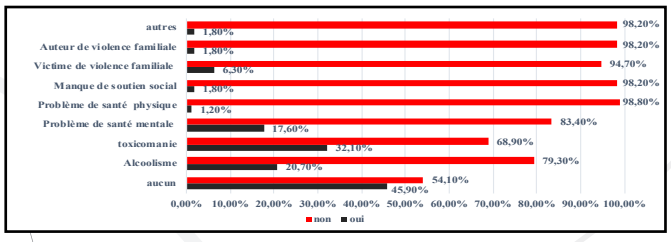


Figure 3. Répartition des victimes selon les facteurs de risque inhérents des personnes prenant soin de l'enfant.

Presque la totalité des parents avait le désir d'avoir l'enfant (figure 4) et 61% avaient recours à la fessée pour punir leurs enfants (figure 5), plus de la moitié des parents étaient mariés, 17% étaient divorcés et 6,7% en instance de divorce (figure 6).

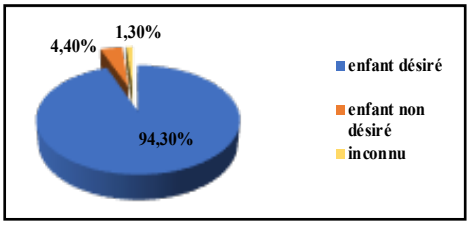


Figure 4. Répartition des victimes selon le désire parentale d'avoir l'enfant.

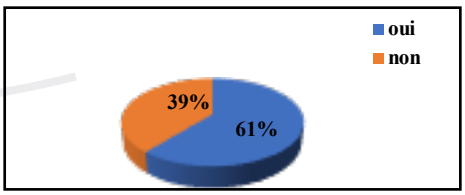


Figure 5. Répartition des victimes selon le recours à la fessé pour punir l'enfant.

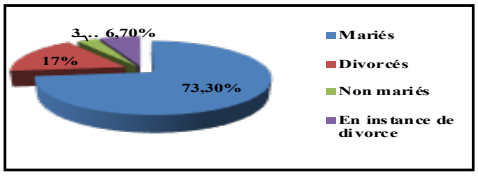


Figure 6. Répartition des victimes selon la situation familiale des parents.

Dans notre étude plus de la moitié (56%) des victimes habitaient dans un appartement dont 58,4% étaient des F3 (figure 7) et plus de la moitié (61,6%) des parents de victimes avaient un travail à temps plein. Seulement 10,7% des parents n'avaient aucun revenu (figure 8).

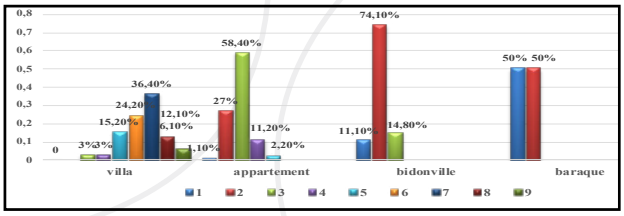


Figure 7. Répartition des victimes selon le type d'habitat et le nombre de pièce.

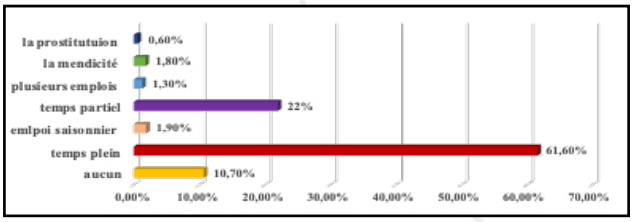


Figure 8. Répartition des victimes selon le niveau socio-économique des parents.

Le niveau d'instruction des parents des victimes se situait essentiellement entre le moyen et le secondaire avec un taux de 69,1% des cas pour le père et 62% des cas pour la mère (figure 9).

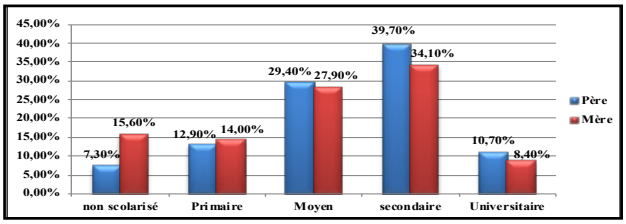


Figure 9. Répartition des victimes selon le niveau d'instruction des parents.

Quant aux caractéristiques des enfants dans notre échantillon, on a constaté que la moyenne d'âge des enfants était de 8,24±3,41 ans allant de 2 à 17 ans dont 60% des victimes étaient âgés entre 5 et 10 ans (figure 10) et que 52% des enfants étaient des filles

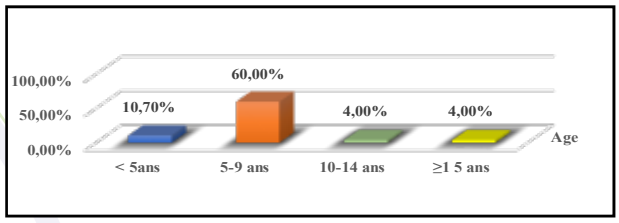


Figure 10. Répartition des victimes selon les tranches d'âge des enfants maltraités.

avec un sexe ratio de 0,9 garçons pour 1 fille (figure 11).

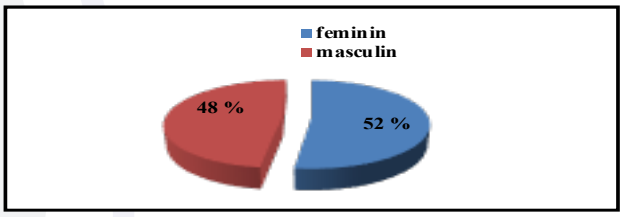


Figure 11. Répartition des victimes selon le sexe de l'enfant maltraité.

Presque la moitié (soit 49,5%) des victimes avait un niveau scolaire primaire, avec un taux cumulé des scolarisés de 69,7% (figure 12) et presque la moitié (40,9%) des parents des victimes avait 3 enfants, 28,3% des victimes étaient le 3ème de la fratrie (figure 13).

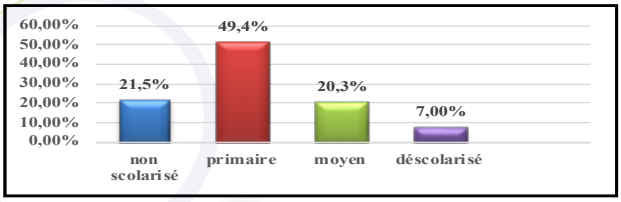


Figure 12. Répartition des victimes selon le niveau scolaire de l'enfant.

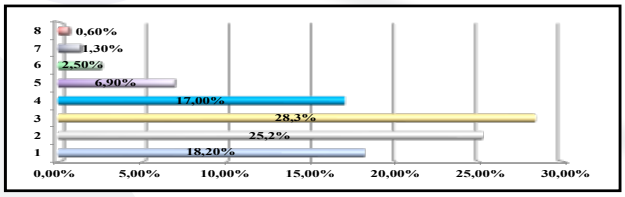


Figure 13. Répartition des victimes selon le rang de l'enfant dans la fratrie.

L'enfant était exposé à la violence du couple, presque à tous les âges, mais avec une légère prédominance entre 3 et 7 ans (figure 14) et il y'avait une prédominance de la durée de l'exposition entre 6 et 24 mois avec un pic entre 12 et 18 mois (figure 15).

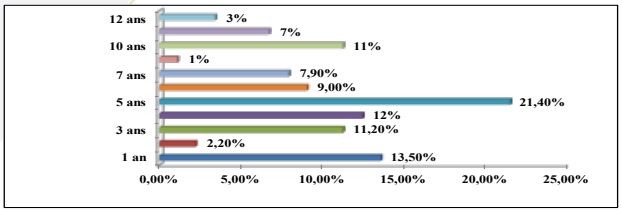


Figure 14. Répartition des victimes selon l'âge de l'exposition initiale à la violence conjugale.

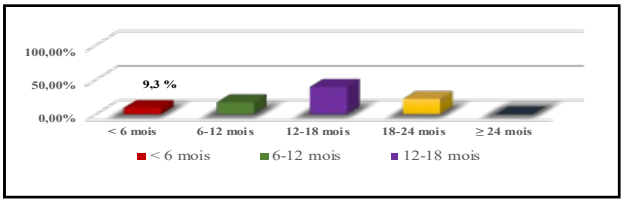


Figure 15. Répartition des victimes selon la durée d'exposition à la violence conjugale.

Il faut savoir que toutes les victimes de notre échantillon sont passées en consultation de psychologie et toutes présentaient des troubles psychologiques : difficultés scolaires, retrait, anxiété et flash-back (figure 16).

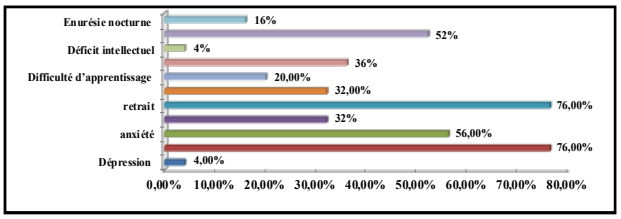


Figure 16. Répartition des victimes selon les Problèmes réactionnels de l'enfant.

DISCUSSION

Dans notre étude, nous avons pris en charge 159 enfants victimes de maltraitance toutes formes confondues (32,9%) qui représentent une prévalence considérable dans notre pratique hospitalière et qui est comparable aux résultats de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (36%) [10] et rejoint aussi les chiffres rapportés par l'étude marocaine réalisée par Jellab B à Marrakech en 2007 qui explique que durant 7 années d'études, 65% des enfants admis au centre d'écoute sont maltraités et 35% sont considérés à risque [11].

Durant notre étude, nous avons découvert que dans l'entourage de femmes battues dans le cadre des violences conjugales, il y a presque toujours un enfant maltraité et inversement.

Ce dommage collatéral (enfant exposé à la violence conjugale) représente dans notre étude une prévalence de 9,4% qui nécessite une analyse détaillée pour cette catégorie de mères victimes de violences conjugales en corrélation avec la maltraitance infantile.

Les chiffres de notre étude ne reflètent aucunement la prévalence réelle des enfants maltraitées à l'échelle nationale en raison du phénomène d'échappement secondaire au caractère insidieux de ce phénomène et aussi à l'insuffisance d'information et d'expérience des personnels de la santé et l'inadaptation des structures d'accueil des mères et enfants.

La majorité de nos victimes (84%) avait subi le mauvais traitement psychologique sous forme d'une exposition continue aux conflits conjugaux et cela correspond à l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [10].

L'exposition à la violence conjugale affecte les enfants de tous les âges. Bien que les tout-petits s'expriment peu sur leur vécu, ils en subissent tout autant les effets que les enfants plus âgés. Les enfants peuvent présenter des comportements démontrant leur grande détresse et leur impuissance face à la situation. Ils sont souvent très hésitants à en parler, étant donné le lourd secret qu'ils portent et la peur des représailles. Ils sont toujours sur leurs gardes, car ils ont peur pour eux, mais aussi pour leur parent victime et leurs frères et sœurs [12].

On a constaté que presque la totalité de mauvais traitements psychologiques était commis par le père, leur âge moyen était de 40,05±6,14 ans allant de 28 à 53ans, 16% était la mère, leur âge moyen était de 28 ans allant de 24 à 47 ans.

La majorité des personnes prenant soins de l'enfant présentait un problème de santé ou un facteur de risque qui pourrait exposer l'enfant à la maltraitance.

Ces facteurs de risques sont essentiellement : 32,1% de toxicomanie, 20,7% d'alcoolisme et 17,6% de problème de santé mentale. Ce qui correspond avec les chiffres de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et

de négligence envers les enfants [10] : (27% de problème de santé mentale, 21% alcoolisme, 17% toxicomanie) et l'étude de A. Labeys [13] qui rapporte que 63% des dossiers étudiés renseignaient la présence ou non d'antécédents psychiatriques : parmi ces dossiers renseignés, un père sur quatre présentait au moins un antécédent psychiatrique et une mère sur quatre souffrait d'au moins un antécédent psychiatrique ainsi que 6% des parents faisaient cas d'un antécédent de maltraitance infantile, ce qui correspond parfaitement au chiffre de notre série (6,3% des parents victimes de violences familiales).

L'existence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents est un facteur de risque de maltraitance connu même si la grande majorité des agresseurs ne présente pas de trouble caractérisé.

Notre étude a révélé que 94.3% des enfants étaient désirés et que 61% des parents avaient recours à la fessée pour punir l'enfant; ce qui signifie que les parents avaient une acceptabilité à punir leurs enfants par la violence ce qui ouvre un débat concernant la punition corporelle.

La punition corporelle est généralement définie comme un acte physique qui est socialement et légalement accepté et commis par un adulte en situation de pouvoir dans le but d'entraîner une douleur ou un malaise physique chez un enfant et ce, afin de corriger ou de contrôler un comportement jugé indésirable (ex. : taper les fesses de l'enfant, le pincer, le secouer) [14].

Notre étude a révélé que plus de la moitié des parents de victimes avait un travail à temps plein, seulement 10.7% des parents n'avaient aucun revenu, plus de la moitié aussi des pères et des mères avait un niveau d'instruction moyen et secondaire. Aussi, 56% des victimes habitaient dans un appartement dont plus de la moitié sont des F3.

Presque la moitié des parents des victimes avait 3 enfants, 28,3% des victimes étaient les 3èmes de la fratrie ; Ces chiffres concordent avec les différentes études et analyses à travers le monde notamment celle deLabeys A.[13] ainsi que, l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [10].

Cela nous renseigne sur cette situation de désorganisation familiale, des conditions socio-économiques médiocres et un niveau d'instruction moyen des parents, déstabilisant le noyau du foyer rendant la communication pauvre au sein de la famille. En effet, dans le cas des familles pauvres, nous savons maintenant que les problèmes de santé, les bouleversements émotifs et les inquiétudes liées au manque de revenus peuvent affecter la perception des parents envers leurs enfants, ainsi que leurs comportements [15]. On a constaté que 73.3% des parents des victimes étaient toujours en union de mariage et 33,7% des parents des victimes étaient divorcés ou en instance de divorce ce qui concorde avec l'ensemble des études notamment celle de Jellab B. [11] et de Leguay L. [16].

En effet, les conflits conjugaux représentent un facteur de risque envers l'enfant puisque les parents peuvent projeter leurs difficultés conjugales sur l'enfant sous forme de sévices ou de négligence [17].

Les conflits conjugaux et surtout la violence conjugale peuvent avoir des répercussions directes sur le développement de l'enfant [18].

Les enfants, particulièrement les garçons, qui ont été témoins d'actes de violence dans le milieu familial risquent davantage d'adopter un comportement violent à l'âge adulte [19-20].

Ces violences intra-familiales conduisent l'enfant à intérioriser le schéma de la violence dans ses rapports avec les autres et à considérer la violence comme un moyen acceptable pour résoudre les conflits [21].

L'âge moyen de nos victimes de maltraitance était de 8,24±3,41 ans allant de 2 à 17 ans dont 60% des victimes étaient âgés entre 5 et 10, ce qui rejoint l'étude de Jellab B qui montre que l'âge moyen des enfants était de 11 ans, avec des extrêmes d'un mois et 18 ans, et la tranche d'âge la plus touchée est celle de 6-12 ans, soit 42,5% de l'ensemble des enfants maltraités [11]. Cela nous renseigne parfaitement sur l'étude de Leguay L, en 2013 révélant que l'âge moyen au moment de la consultation est de 9 ans et 7 mois avec une moyenne de 8 ans et 2 mois pour les garçons et de10 ans et 3 mois pour les filles, la médiane est de 9 ans et 11 mois [16].

Notre étude a révélé une légère prédominance féminine dans la population étudiée : filles (52%) et garçons (48%), soit un sexe ratio de 0,9 garçons pour 1 fille.

On retrouve dans l'étude de Benarous X. en 2014 [22] que les pays à hauts revenus, le sex-ratio est globalement égale à 1, excepté pour les abus sexuels plus fréquents chez les filles.

En revanche dans les pays à bas revenus, on retrouve davantage d'infanticide et de négligence grave chez les filles alors que les garçons sont plus à risque de châtiments corporels [1].

Par contre l'étude de Jellab B, en 2007 [11], montre que le sexe féminin prédomine et rejoint l'étude française de Leguay L., en 2013[16].

Dans l'étude Labeys A., en 2017 ; sur 200 enfants de maltraitance, quatre enfants sur dix sont des filles [13].

La majorité de nos victimes était scolarisées (soit 69,7%) et presque la moitié (soit 49,5%) des victimes avait un niveau scolaire primaire, ce qu'on retrouve dans l'étude de Jellab B., en 2007 [11] et de Labeys A., en 2017 ; la moitié des enfants victimes suivait une scolarité normale sans retard [13].

Ainsi le milieu scolaire mérite d'être analysé de près en ce qui concerne les maltraitances infantiles intra scolaires.

Dans notre étude, on a constaté que l'âge moyen de début des sévices répétés chez nos victimes était de 6,38±3,89 allant de 1 an à 15 ans, ce qui rejoint les résultats de l'étude de Leguay L., [16] (4,5% des mineurs ont été examinés plusieurs fois entre 2006 et 2011 dans le cadre de la même affaire) et l'étude de Jellab B. [11] (l'agression récidivante est plus fréquente 68%, que l'agression unique 32%) ainsi que les résultats de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [10] qui montrent que 42% des enquêtes sur les mauvais traitements corroborés (un nombre estimatif de 35 025 enquêtes axées sur l'enfant, soit 5,82 enquêtes pour 1 000 enfants) concernent des incidents isolés de mauvais traitements, et que 58% concernent des incidents multiples de mauvais traitements (un nombre estimatif de 49 341 enquêtes axées sur l'enfant, soit 8,19 enquêtes pour 1 000 enfants).

Ça consolide la notion de cooccurrence[4], ou de violences multiples et répétées dans le temps et que les enfants sont rarement victimes d'une seule forme de mauvais traitement dans la famille [23-24], et qu'il existe des liens étroits entre la violence parentale et la violence conjugale [25-26].

Dans le cadre de la prise en charge de nos victimes et pour évaluer l'impact psychique, la consultation psychologique est systématique et indispensable. On a remarqué que la majorité de nos victimes présentait des perturbations psychologiques variées et polymorphes à savoir :difficulté scolaire (76%), retrait (76%), flash-back (52%), anxiété (56%), Cauchemar (36%) et agressivité (32%) qui correspondent approximativement aux chiffres de l'étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants [10].

4 La cooccurrence désigne la présence simultanée de deux ou plusieurs éléments (par exemple, des mots) dans un même texte ou énoncé. C'est un concept clé en linguistique. Dans le cadre de la violence infantile, la cooccurrence désigne la présence simultanée d'au moins deux formes de violence, ou de deux types de violence, vécues par le même enfant au cours d'une période donnée. Elle peut inclure des violences physiques, sexuelles, psychologiques, ou la négligence, et est souvent liée à la violence conjugale, augmentant la gravité des impacts à court et long terme pour l'enfant.

Ces perturbations psychologiques rentrent dans le cadre d'un état de stress post-traumatique[5] (post-traumatic stress disorder-PTSD-) secondaire à l'exposition au conflit conjugale généralement subie à domicile.
Les situations de violences conjugales, qu'elles soient physiques ou psychologiques, et beaucoup de situations conflictuelles de divorce sont sources de maltraitance psychologique pour l'enfant qui en est témoin, voire pris à partie. Les violences conjugales, quelle qu'en soit la forme, sont considérées comme un ensemble de comportements d'un des partenaires qui vise à contrôler l'autre.
Dans les cas de violence au sein du couple, l'enfant témoin des agressions est en proie à une angoisse récurrente due à la crainte de leurs effets destructeurs sur une personne qui lui est chère et indispensable.
Nombre d'enfants qui sont témoins d'agressions physiques de leur père à l'égard de leur mère expriment la crainte que leur père tue leur mère. Le stress quasi permanent qui les accapare quand les deux parents sont présents en même temps les empêche de vivre sereinement au quotidien et de s'épanouir librement.
Parfois, les violences psychologiques entre les parents perdurent bien après la séparation des deux partenaires. La lutte qui s'engage pour obtenir la préférence de l'enfant a pour enjeu sous-jacent la vengeance à prendre sur l'ex- partenaire. L'enfant devient la proie d'un chantage affectif de la part de l'un ou des deux parents (c'est ce qu'on appelle conflit de loyauté).
Au terme de cette étude, on peut décrire le profil socio-démographique des enfants exposés à la violence conjugale qui est celui d'un enfant, âgé entre 5et 10 ans de sexe féminin, exposé dès l'âge de 3 ans durant une période de 12 à 18 mois.
L'enfant victime est désiré par ses parents, vit principalement avec eux dans des habitats de type appartements. Ils sont composés d'une à trois pièces.
Le père de l'enfant est généralement âgé entre 28 et 53 ans, avec un niveau d'instruction secondaire ou moyen, occupe un travail à temps plein, ayant comme facteurs de risques ; la toxicomanie, l'alcoolisme et/ou des pathologies mentales.
Des facteurs de risques ont pu être objectivés dans notre étude à savoir :
- La désorganisation familiale représentée par des conflits conjugaux, divorces ou instances de divorce.
- Un milieu scolaire hostile.
Toutes nos victimes présentent des perturbations psychologiques type cognitifs en faveur d'un syndrome de stress post traumatique (PTSD).
Tous les enfants victimes ont bénéficiés systématiquement d'une consultation en psychologie à notre niveau, avec un suivi régulier pour une évaluation et une prise en charge à long terme.

CONCLUSION

L'exposition des enfants aux violences conjugales est fréquente mais reste toujours sous-estimée et sous-évaluée.
Elle représente un phénomène complexe, divers avec évolutivité importante. Elle résulte de l'interaction d'un ensemble de facteurs d'ordre individuel, environnemental et social.
Ce phénomène impose une lecture à plusieurs niveaux : médical, psychologique (individuelle, familiale, inter et trans-générationnelle) mais aussi social et juridique.
Le premier devoir de tout médecin généraliste ou spécialiste devant une situation d'un enfant exposé à la violence conjugale est de protéger l'enfant et d'adapter ses interventions auprès de l'enfant.
La création des unités spécialisées de prise en charge des enfants maltraités avec un personnel médical, paramédical et même administratif adapté et expérimenté offrant une approche objective aux victimes.La prise en charge psychologique est systématique qui vise à abréger ou diminuer les violences psychologiques que subit l'enfant. Elle tentera de prévenir leur récurrence.
La prévention reste le meilleur moyen de lutte contre ce fléau, elle représente une priorité sur le plan social, éducatif, sanitaire et juridique. Cette prévention s'adresse à tous les acteurs de la société, à savoir l'enfant en premier lieu, ses parents et sa famille en second et finalement les professionnels de l'enfance et la société où il vit.

CONFLIT D'INTÉRÊTS :

Pas de conflit d'intérêts.

Date de sousmission : 27/09/2025.
Date d'acceptation : 14/12/2025.
Date de publication : 16/04/2026.

REFERENCES

1. Claussen A.H, Crittenden P M. Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment. Child Abuse Negl. [En ligne]. 1 janvier 1991 ; 15, 1 : 5-18.

2. Jaffe P.G, & Poisson S. Children exposed to domestic violence : Challenges for the next century. In P. Jaffe, M. Russel, & G. Smith (eds.) Creating a legacy of hope: International Conference of children exposed to domestic violence. Conference proceeding. BC/Yukon Society of Transition Houses, Vancouver, Canada. 2000.

3. Lessard G et Paradis F. La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ; 2003.

4. Rodriguez C. Emotional functioning, attachment style, and attributions as predictors of child abuse potential in domestic violence victims. Violence and Victims. 2006; 21(2): 199 -212.

5. Tursz A. La maltraitance cachée : pour une meilleure connaissance épidémiologique. Arch. Pediatr. 2009; 16: 936-9.

6. Savard N, Zaouche Gaudron C. Etats des lieux des recherches sur les enfants exposés à la violence conjugale. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2010 ; 58 : 513-522.

7. Paradis L. L'enfant exposé à la violence conjugale : son vécu, notre rôle. L'enfant, une éponge... Québec, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ; 2012.

8. Von Klitzing K, Lutz-Latil N. La narration chez les enfants traumatisés. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2003; 51: 75-80.

9. Savard N & Zaouche Gaudron C. Points de repères pour examiner le développement de l'enfant exposé aux violences conjugales. La revue internationale de l'éducation familiale. 2011 ; 29 : 13-35.

10. Agence de la Santé Publique du Canada. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales. Ottawa. 2010.

11. Jellab B. Les enfants victimes de maltraitance à Marrakech. Thèse présentée et soutenue publiquement le en 2007 pour l'obtention du Doctorat en Médecine.

12. Lessard G et Paradis F. La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection : recension des écrits. Québec. Qc : Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). 2003.

5 Les troubles du stress post-traumatique (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle. Face à un même évènement, le risque de développer de tels troubles dépend de facteurs préexistants propres aux patients et du contexte dans lequel les suites de l'évènement se déroulent.

13. Labeys A. Approche dimensionnelle des symptômes psychiques impactant le développement d'enfants victimes de maltraitance physique : implication en pratique courante au cabinet de médecine générale. Thèse pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

14. Hamby S, Finkelhor D, Turner H. Origine et développement du concept de poly victimisation. Criminologie [En ligne]. 2014 ; 47, 1 : 11-15.

15. Bouchard C. Sous la direction de 1991. Un Québec fou de ses enfants. Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. Direction des communications.

16. Leguay L. Mineurs victimes de violences : éléments médico-légaux et suites judiciaires – analyse de 682 dossiers (2006-2011). Thèse pour le Doctorat en Médecine.

17. Flanzers J.P, Sturkie D.K. Alcohol and adolescent abuse. Holmes Beach, FL: Learning Publications. 1987.

18. Dubé R & St-Jules M. Protection de l'enfant : Réalités de l'intervention. Montréal : Gaëtan Morin. 1987.

19. Strauss M.B, Gelles R.J & Steinmetz S.K. Behind closed doors. New-York: Doubleday.1980.

20. Sudermann M, Jaffe P, Watson L. La violence conjugale et ses conséquences sur les enfants. Centre national d'informations sur la violence dans la famille. Santé Bien-Être Canada. 1996.

21. Bourassa C. & Turcotte D. Les expériences familiales et sociales des enfants exposés à la violence conjugale : des observations tirées de leurs propos. Intervention. 1998 ; 107 : 7-17.

22. Benarous X et al. Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux ». Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2014.

23. Higgins D. J, Mc Cabe M.P. Multiple forms of child abuse and neglect : adult retrospective reports. Aggress. Violent Behav. [En ligne]. Novembre 2001 ; 6, 6 : 547-578.

24. Clément M.E, Chamberland C, Trocme N. Epidémiologie de la maltraitance et de la violence envers les enfants au Québec. Santé Société Solidar. [Enligne]. 2009 ; 8, 1 : 27-38.

25. Appel A.E, Holden G.W. The co-occurrence of spouse and physical child abuse: a review and appraisal. Research Gate [En line]. 1 Décembre 1998; 12, 4: 578-599.

26. Shipman K.L, Rossman B.B.R, West J.C. Co-occurrence of spousal violence and child a buse : conceptual implications. Child Maltreat. [En ligne]. 1 mai 1999; 4, 2: 93-102.