

**Carole Damiani:** Docteur en psychologie, Paris Aide aux Victime - Chargée de Mission à l'INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation)

**Lionel Bailly** - Pédopsychiatre - Senior lecturer in child and adolescent psychiatry, University College, London Medical School.

Article paru in *Pratiques psychologiques*, 2001, 2, 13-29.

**Résumé :** Les enfants victimes d'un événement fortuit (violences commises par un inconnu, accident de la voie publique...) ou catastrophique (catastrophe collective, guerre...), ne manifestent pas leur souffrance psychique de la même façon que les enfants victimes de violences intrafamiliales. Malgré des similitudes, la forme, la dynamique et le destin du traumatisme psychique diffèrent dans ces deux cas de figure. Pour cette raison, nous aborderons d'abord la clinique du trauma chez l'enfant victime de violences collectives ou fortuites, puis chez l'enfant victime de violences intrafamiliales. Dans un second temps, nous évoquerons la spécificité de la thérapie de l'enfant dans chacun des deux cas. Nous terminerons par un bref aperçu de l'accompagnement psychologique au cours de la procédure pénale et de la réparation.

**Summary:** Children present different reactions after a casual event (accident, unprepared violence), a catastrophic situation (war, collective traumatism) and intra familial violence. Dynamic and resolution of those traumatisms are very different. The specificity of the symptomatology and of the psychotherapy will be detailed here. The psychological support during the penal procedure as during the separation will be described too.

**Mots clés :** Traumatisme – enfant victime – catastrophes – thérapie post traumatique – réparation

**Key words:** Traumatism – child victim – disaster – post traumatic therapy – reparation

## **I - L'enfant victime de violences catastrophiques ou fortuites**

Le Post-Traumatic Stress Disorder, chez l'enfant comme chez l'adulte, ne représente qu'une partie de l'impact clinique d'un événement traumatique sur un individu. Les manifestations psychosomatiques, les troubles développementaux et cognitifs ne sont pas à comprendre comme des troubles associés au PTSD (comorbidité), mais au même titre que cette entité clinique comme des séquelles post-psychotraumatiques. Plus souvent ignorées, car probablement difficiles à concevoir dans une approche

centrée sur la pathologie, des manifestations provoquées par le trauma, quels que soient les symptômes présents, ne vont pas se révéler nuisibles pour le sujet. Il peut s'agir d'un " nouveau " style de défense, comme, par exemple un enfant qui investit soudain le travail scolaire en tant que moyen d'évitement de la reviviscence traumatique. Ce peut être aussi ce que l'expérience traumatique a d'initiatique et révèle à l'enfant, par exemple un préadolescent conduit par l'expérience traumatique vers une prise de conscience de ses responsabilités et de la violence du monde. Ces aspects ne sont pas toujours bien compris par les adultes et ont dans certaines situations conduit à une véritable répression à l'égard des enfants. Ce type de réaction pathologique de l'adulte aux changements survenus chez l'enfant est particulièrement bien illustré par un article de Georges Heuyer (1948). Il affirme que des enfants ayant eu à survivre seuls une partie de la guerre et ne se soumettant plus aux règles sociales habituellement conformes à leur âge sont promis " à la délinquance " (les garçons) ou "à la prostitution" (les filles) si on ne les " redresse " pas... Enfin certains aspects du retentissement des expériences traumatiques touchent à travers l'attaque des croyances fondamentales du sujet, le domaine de la morale et de la socialisation de l'enfant.

## **A) Le PTSD chez l'enfant**

### **a-Le PTSD de l'enfant et les classifications internationales**

Les critères du PTSD dans le DSM IV diffèrent des précédentes éditions. Le DSM IV insiste sur le caractère menaçant pour la personne de l'événement traumatique et moins sur son caractère "en dehors du champ des expériences humaines normales". Il n'en précise pas pour autant ce qui risque de menacer un enfant en fonction de son âge (cf. §b). Le DSM IV souligne que le syndrome de reviviscence peut, chez l'enfant, prendre la forme de jeux répétitifs, de cauchemars dont le thème ne semble pas être celui de l'événement lui-même et de la mise en acte de la scène traumatique. Par contre on ne trouve plus dans la dernière version de la classification les symptômes de régression du développement "perte de capacités acquises avant le trauma". La classification de L'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa 10<sup>e</sup> révision, n'apporte pas par rapport au DSM, de précisions utiles aux cliniciens de l'enfance.

### **b- Critères A du PTSD et âge de l'enfant**

Les critères A du PTSD qui précisent la nature de l'événement traumatique sont rédigés de la manière suivante dans le DSM IV :

*A. La personne a été exposée à un événement traumatique dans lequel deux des caractéristiques suivantes étaient réunies :*

- 1. la personne a vécu, a été témoin ou a été confrontée à un événement ou des événements qui impliquaient un risque de mort ou de blessure sérieuse ou une menace pour l'intégrité physique de soi-même ou d'un autre,*
- 2. la réponse de la personne était faite d'une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Note : chez l'enfant, cette réponse peut prendre la forme d'un comportement désorganisé ou agité.*

La première proposition implique la perception d'un risque de mort ou l'évaluation du sérieux du risque encouru par le sujet. Or, on sait que le concept de mort se met en place progressivement chez l'enfant. Séparation impliquant la possibilité d'un retour, phénomène réversible, ce n'est en moyenne que vers sept ans que les enfants parviennent à concevoir le caractère irréversible de la mort. Son universalité et son lien dialectique avec la vie ne sont rarement abordés par les enfants avant dix ou onze ans. Dès lors, la question de ce qu'est une menace de mort chez l'enfant va dépendre de son âge de développement, de ses capacités perceptuelles et conceptuelles. La perception d'une menace de l'intégrité physique de soi ou des autres dépend aussi de son développement perceptuel et conceptuel, tout d'abord de la compréhension qu'il a de lui-même et de l'autre mais aussi de la réversibilité de certaines opérations : peut-on réparer un membre coupé comme on répare un jouet (Bailly,1999) ?. La maturité des organes sensoriels, de la motricité de l'enfant et le développement de son langage vont aussi être les médiateurs de ce que l'enfant perçoit d'un événement.

Chez l'enfant, le rôle des parents va être crucial. Ils peuvent servir de filtre entre l'événement et l'enfant de plusieurs manières. Tout d'abord en protégeant l'enfant physiquement de l'événement. L'adulte perçoit par exemple avant l'enfant ce qui risque de se produire et l'emmène avant la catastrophe. Il peut aussi agir pendant l'événement et protéger l'enfant soit de la perception de ce qui est en train de se produire, soit en lui évitant de souffrir. La protection est alors double : protection dans la réalité de l'accident mais aussi renforcement de la croyance de l'enfant en ses parents et leur pouvoir protecteur. Le parent peut aussi mettre des mots sur ce qui vient de se produire et ainsi amortir l'impact psychique de l'événement. À l'inverse, une réaction de détresse intense d'un parent à un événement même mineur, peut conduire à la traumatisation de l'enfant : c'est alors le traumatisme parental qui est en partie l'agent du trauma de l'enfant.

Ce qui va être ou pas traumatique chez un enfant à un âge donné dépend donc de facteurs complexes et multiples, qui évoluent à des vitesses et dans des ordres différents chez tous les enfants, mais il peut être utile pour le clinicien d'avoir quelques repères. J'ai proposé (Bailly,1999) de distinguer quelques grandes étapes dans cette évolution. On pourrait ainsi séparer une première phase durant laquelle le bébé ne maîtrise encore ni le langage ni la marche, puis lorsque l'enfant maîtrise le langage et la marche mais utilise une pensée pré-formelle. Un troisième stade se référerait aux enfants qui ont acquis des processus de pensée abstraite et enfin un quatrième à l'adolescence où certains événements vont avoir, du fait des processus en cause à l'adolescence, un impact traumatique particulier.

Chez le bébé des expériences de séparation brutale et de chaos sensoriel sont probablement l'équivalent de ce qu'est une expérience de mort chez l'adulte. Chez les jeunes enfants, la réaction des parents à l'événement potentiellement traumatique est cruciale. La terreur de l'adulte est, pour l'enfant, une perception troublante et destructrice. L'adulte qu'il croyait protecteur omnipotent et sage se trouve soudain impuissant et sans ressource. À l'inverse un événement jugé banal par un adulte peut être source de terreur chez un enfant dont la perception est largement infiltrée d'imaginaire.

Chez les enfants plus âgés, la maîtrise progressive de la pensée abstraite va leur permettre d'accéder à une meilleure compréhension du concept de mort. De ce fait le message mortifère de l'événement pourra être perçu par l'enfant et conduire comme

chez l'adulte au traumatisme. Cet impact est pourtant mitigé par un fonctionnement qui accorde encore beaucoup de place à une pensée magique et donne souvent plus d'importance au registre imaginaire par rapport à ce qui est perçu de la réalité.

À l'adolescence, les parents sont de moins en moins capables de faire écran entre le sujet et l'événement traumatique. L'adolescent sera par contre très attentif aux réactions des parents et en particulier à ce que celles-ci pourraient fantasmatiquement justifier de leur destitution. Confronté seul à l'événement, l'adolescent a parfois recours à une imaginisation de la scène qui peut le protéger du traumatisme. Il est parfois moins sensible à l'horreur de la scène vue qu'à l'aspect transgressif de celle-ci ou à ce qu'elle implique pour lui de l'agressivité, la violence, l'égoïsme, la responsabilité etc.

### **c-La clinique du PTSD chez les jeunes enfants**

À partir de l'analyse de 20 cas d'enfant traumatisés, Scheeringa (1995) a proposé des critères de PTSD qui seraient mieux adaptés aux enfants de moins de 4 ans. Tout d'abord elle suggère une adaptation des critères A : L'enfant doit avoir vécu un événement traumatique, mais il n'est pas nécessaire qu'il ait ressenti une peur intense au moment de l'événement. La majeure partie de son travail consiste en un relevé des manifestations cliniques du PTSD chez les jeunes enfants. Elle souligne que, chez ceux-ci, les phénomènes de reviviscence se manifestent par des jeux post-traumatiques qui illustrent un aspect du trauma mais ne soulagent pas l'anxiété et sont moins élaborés et imaginatifs que les jeux habituels de l'enfant. La reviviscence s'exprime aussi par la "mise en scène" du trauma (play re-enactment) : l'enfant met en scène le trauma dans un jeu, mais on ne retrouve pas le caractère monotone et répétitif des jeux post-traumatiques. Les cauchemars traumatiques peuvent ne pas reproduire la scène traumatique. On peut aussi constater un accroissement de la fréquence des cauchemars sans que l'enfant puisse en décrire le contenu. Enfin, l'enfant peut présenter des épisodes de dissociation et des flash-back. Contrairement aux critères utilisés pour les adultes un seul de ces symptômes suffit comme critère B du PTSD.

Les manifestations d'inhibition de la réactivité de l'enfant se traduiraient par la réduction de sa capacité à jouer. Cette restriction pourrait être présente alors même que l'on constate des épisodes de jeu traumatique. L'enfant se replie sur lui-même, s'isole socialement et n'exprime pas la gamme habituelle de ses émotions. Parmi ces manifestations d'inhibition de la réactivité de l'enfant, Scheeringa et collaborateurs proposent d'inclure la perte de savoir-faire de l'enfant. Cette régression développementale touche par exemple le langage et la propreté.

Pour les critères D un seul des symptômes suivants serait nécessaire : terreurs nocturnes, difficultés à s'endormir non liées à la peur de faire des cauchemars, somnambulisme, difficultés de concentration, hypervigilance et réaction de sursaut.

Les auteurs ajoutent un nouveau groupe de symptômes qu'ils baptisent les critères E. Ceux-ci représentent "l'apparition de peurs nouvelles et de manifestations d'agressivité". Parmi celles-ci notons l'angoisse de séparation la peur d'aller aux toilettes, seul, la peur de l'obscurité ainsi que des peurs non reliées en apparence au trauma.

Ces critères alternatifs de PTSD chez les jeunes enfants sont en cours d'évaluation et ne sont pas encore d'usage courant.

### ***B) Manifestations psychosomatiques***

Absents, nous l'avons vu, de la description du PTSD, ils sont très fréquents chez les enfants comme chez les adultes. Dans les pays en guerre, cette constatation est faite par tous les cliniciens. Les bronchites asthmatiformes, les eczémas, les troubles fonctionnels digestifs, les pelades sont les plus fréquemment rencontrés, de même que les troubles des règles chez les adolescentes. L'incidence du diabète serait elle aussi augmentée. Ce point est connu chez l'adulte (soldats, victimes d'attentat...) mais semble sous-estimé chez l'enfant. De nombreux pédiatres sont persuadés de l'augmentation de la fréquence des diabètes infantiles en situation de guerre. Lors d'une mission auprès d'enfants réfugiés, en provenance de Vukovar, Michel Grappe rapporte trois cas de pelade post traumatique. Il décrit aussi des malaises avec pâleur et perte de connaissance pouvant survenir, ou non, lors de stimuli rappelant le trauma (survol d'un hélicoptère...). Dans son travail avec les victimes du tremblement d'Arménie, Marie Rose Moro rapporte la fréquence des troubles dermatologiques (eczéma par exemple), des troubles somatiques fonctionnels tels que douleurs abdominales, douleurs migraineuses (chez 10 % environ des enfants), des bégaiements et des tics. Chez des adolescents, Cohen (1980) effectue une étude chez des élèves du secondaire à Boston, à la suite d'inondations et de tempêtes survenues durant l'hiver 1977. Les résultats montrent une augmentation des chiffres de tension artérielle de ces adolescents. L'augmentation était corrélée à l'exposition aux événements catastrophiques. Plus difficile à clairement relier à une causalité unique sont les retards de croissance et les états de maigreur, en effet ils surviennent souvent dans des situations où coexistent manque de nourriture, stress et traumatismes.

### ***C) Troubles développementaux et cognitifs***

Les performances scolaires des enfants redeviennent le plus souvent normales quelques mois seulement après le traumatisme, à la différence des adultes qui sont souvent très gênés dans leur vie professionnelle et leur apprentissage pendant des années. Cela est d'autant plus vrai lorsqu'il s'agit d'un traumatisme mortifère et que les parents ne sont pas des responsables directs de la violence. Dans le cas contraire, des phénomènes d'inhibition de la pensée, de refoulement massif peuvent interférer avec les apprentissages et le fonctionnement de la pensée logique. Le fait que les apprentissages soient préservés serait un des effets des particularités de la symptomatologie post-traumatique chez l'enfant : rareté des phénomènes de repli sur soi et des symptômes de reviviscence visuelle spontanée et de dénégation lors des traumatismes mortifères. On rencontre aussi des enfants pour qui le fonctionnement de la pensée logique dans le registre cognitif, est une manière d'éviter les pensées liées à l'événement traumatique. On peut alors assister à une progression surprenante de l'enfant dans le milieu scolaire à la suite d'un événement traumatique. Toutefois, la plupart des recherches soulignent qu'à court terme le syndrome de reviviscence et les affects qui l'accompagnent peuvent parfois interférer avec les capacités d'apprentissage des enfants. Citons enfin l'étude de

Gardner (1971) qui suggère la possibilité que des expériences violentes puissent diminuer à long terme les capacités d'apprentissage fin des enfants.

#### ***D) Atteinte du processus de développement de la personnalité***

En Arménie après le tremblement de terre, les thérapeutes constatèrent l'importance perturbatrice de l'agressivité dans la vie des enfants qui montraient "des envies de destruction" (Moro, 1995). Certains étaient "inhibés, passifs et avaient perdu la confiance en eux-mêmes". Avoir assisté à des actes de violence peut entraîner de profonds changements dans le sens qu'a l'enfant de sa sécurité et de celle des relations affectives (Pynoos, 1985). Ces changements d'orientation qui modifient le devenir de l'enfant sont pour Terr (1983) un des marqueurs les plus significatifs de traumatisme infantile. Elle en fera dans un travail plus récent, une des quatre caractéristiques principales des cas de traumatisme infantile. Les enfants traumatisés, auraient de la peine à aborder le concept d'avenir en tant qu'il s'agit de quelque chose qui les concerne. Ils n'auraient guère de perspective de futur et, à la différence des enfants non traumatisés, ne décrivent pas ce qu'ils feront, ou ce qu'ils seront, plus tard, "lorsqu'ils seront grands". Ils expriment leurs sentiments à cet égard par des déclarations inattendues de la part d'enfants comme : "je vis au jour le jour, ou, je ne peux pas savoir de quoi ma vie sera faite" (Terr, 1991). Par ailleurs, l'enfant qui assiste à un événement violent sans y être directement impliqué est souvent enclin à développer des fantasmes au cours desquels un tiers intervient pour changer le cours des événements. L'enfant peut s'identifier aux sauveteurs, à la police, aux médecins qui "défont" le mal, aux juges ou aux avocats par exemple. Lorsqu'un acte très violent se produit l'enfant est conduit à réviser ce qu'il pensait jusque-là de l'attitude des adultes. La question de la vengeance comme celle de l'identification à l'agresseur vont être l'objet de fantasmes de la part de l'enfant. Une agressivité inhabituelle, des comportements imprudents ou autodestructeurs, ou une inhibition envahissante peuvent soudain apparaître. L'enfant peut se mettre en danger du fait de la répétition inconsciente de comportements remettant en scène le traumatisme et pouvant comporter de la violence. Les enfants ont parfois recours pour se protéger des affects ressentis lors de l'événement traumatique au déni. Ils peuvent alors dénier avoir eu peur et c'est le sens même de la peur qui peut en être affecté. Cela peut conduire l'enfant à un déni de la peur en général, avec la possibilité qu'il s'expose à des situations dangereuses sans en reconnaître le risque. Les enfants peuvent aussi être excités par la scène à laquelle ils assistent, ce qui peut les conduire à rechercher cette excitation comme un moyen de rassurer sur leurs capacités à tolérer le choc des situations traumatiques. On peut en rapprocher la manière dont les enfants et les adolescents se délectent de films d'horreur.

#### ***E) Impact du trauma dans les domaines de la morale et de la socialisation de l'enfant.***

À la suite de la rupture du barrage de Buffalo Creek, Frederick (1985) s'interroge sur les ruptures du tissu social provoquées par les décès, les traumatismes et les déplacements de population. Si, chez les adultes il constate un accroissement de la consommation d'alcool et de drogues, les enfants semblent, eux, "glisser hors du contrôle des parents". Une des conséquence serait une importante augmentation de

la délinquance juvénile. Cette constatation d'un affaiblissement de l'importance des règles sociales est ancienne. Elle infiltre la plupart des articles de l'après seconde guerre mondiale. Les Assises Nationales de l'Enfance de 1947 citent parmi les conséquences de la guerre sur la santé des enfants : "les habitudes de non-obéissance aux disciplines collectives acquises sous l'occupation et le développement de la corruption ; la prostitution juvénile des deux sexes." Ce qui, associé à la moindre fréquentation scolaire aurait pour conséquence "une augmentation inquiétante des enfants inadaptés du point de vue scolaire ou social". Les auteurs introduisent ici le curieux et dangereux concept d'inadapté social. Ils maintiendront un parallèle assez choquant entre inadapté social, inadapté scolaire et déficient intellectuel, ce qui conduira à des propositions officielles tendant à créer des centres pour inadaptés sociaux comme il en existe pour les déficients... Il faut sans doute voire là l'intensité des changements de personnalité et des bouleversements des croyances fondamentales des enfants entraînés par la guerre, mais surtout le désarroi des adultes devant de tels faits. Simone Marcus Jeisler (1947) insistera beaucoup dans son rapport "réponses à l'enquête sur les effets psychologiques de la guerre" sur ces difficultés "sociales". Elle note que les enfants présentent : "indiscipline, tendances revendicatrices... leur maturité précoce... est particulièrement développée par la vie aventureuse qu'ils ont menée... le vol, le chapardage ont fortement augmenté, l'habitude de dissimuler est dure à perdre..." Dans ce rapport coexistent les tentatives de compréhension des phénomènes décrits et les préjugés les plus détestables (Bailly, 1996), mais on retrouve la réaction brutale d'adultes confrontés à des enfants qu'ils ne semblent plus reconnaître.

Pour tenter de comprendre ce qui s'est produit chez ces enfants affectés par la guerre, il convient de reconsidérer la nature même des phénomènes traumatiques. La rencontre manquée avec la mort évoquée comme point central du moment traumatique, a probablement pour conséquence d'attaquer les soubassements narcissiques du sujet. En effet, l'être humain se construit depuis la naissance comme tout à la fois narrateur et héros de son histoire. La personnalité se bâtit sur cette hypothèse initiale et bien que le sujet se sache mortel, il lui est impossible d'avoir un quelconque savoir sur ce que serait sa non-présence (nous ne parlerons donc pas d'illusion d'immortalité qui nous semble, quand elle existe, à situer du côté de la psychose).

Le traumatisme peut donc être vu comme un effondrement de cette hypothèse fondamentale de l'être humain. Il est possible de généraliser cette approche à d'autres types de croyances fondamentales. C'est ce qui permet d'expliquer comment l'attaque du registre symbolique (langage, loi, tabous etc.) peut avoir le même impact traumatique que le dévoilement du réel de la mort. Impunité, violations des droits de l'homme, des lois de l'état mais aussi des lois de la guerre, transgression des tabous dans le viol et le meurtre ont donc un potentiel traumatique dont l'effet sera différent chez l'adulte et chez l'enfant. L'enfant en développement va voir non seulement les assises de sa personnalité modifiées par le traumatisme, mais lorsque l'événement implique l'attaque des lois et règles du contrat social lui-même, c'est la socialisation de l'enfant qui est en jeu (Bailly, 2001).

On peut penser que, comme l'enfant tente de répondre au mystère fondamental de son origine par la mise en place précoce de théories sexuelles infantiles, il tente de

résoudre les questions inhérentes à l'appartenance à un groupe social en dehors de la parenté par la mise en place de théories sociales infantiles.

Ces théories sont mises à l'épreuve par le phénomène traumatique et s'en trouvent nécessairement modifiées. Ces modifications peuvent se traduire par une meilleure compréhension du fonctionnement social ou au contraire d'un refus ou d'une opposition au groupe social. Ces deux aspects sont probablement tout aussi troublants pour les adultes qui, comme dans les cas évoqués plus haut, se trouvent du fait des enfants, confrontés tout à la fois à leurs propres mensonges et insuffisances et à la souffrance de ces enfants ayant vécu une réalité cauchemardesque.

### **Thérapie des enfants victimes d'un événement fortuit ou catastrophique**

La réaction de l'entourage de l'enfant est souvent, après les effusions initiales et la joie des retrouvailles, de ne rien vouloir entendre. Il va donc falloir que l'enfant puisse comprendre qu'avec le thérapeute, il en va autrement. Que son invite à s'exprimer n'est pas de pure politesse. Le thérapeute aura aussi à éviter la fascination perverse que l'histoire dramatique peut susciter chez lui. La première manifestation en est le besoin impérieux de savoir ce qui s'est passé, de connaître "toute" l'histoire, tout de suite. Le plus souvent c'est précisément lorsqu'on en n'exige pas le récit que l'enfant peut l'initier. La tâche est d'autant plus difficile que l'événement est séduisant, parce qu'il plonge le thérapeute au cœur de l'actualité (terrorisme, prise d'otage...), de la géopolitique (réfugiés...), de l'histoire contemporaine (patient célèbres, dirigeants...) ou encore qu'il comporte des scènes sexuelles. L'enfant peut se restreindre dans l'exercice de la parole car il craint que le récit dramatique qu'il pourrait faire ne soit capable d'atteindre le thérapeute. En général, il en a fait l'expérience au préalable avec des membres de son entourage dont il a constaté la gêne, l'angoisse et parfois les réactions horrifiées. L'enfant est alors à l'affût des réactions émotionnelles du thérapeute, s'apprêtant à s'interrompre au moindre signe d'intolérance. Ce sont moins les émotions que les tentatives de les cacher auxquelles l'enfant est particulièrement sensible.

Le thérapeute a souvent à intervenir sur le thème du savoir. Soit pour signifier à l'enfant qu'en matière de traumatisme, il détient un savoir dont le thérapeute ne dispose pas, soit en faisant comprendre à l'enfant qu'il sait quelque chose de ce dont il souffre. Il s'agit dans les deux cas de sortir d'un imaginaire qui ne sait rien ou qui sait tout. Dans le premier cas, le thérapeute fait crédit à l'enfant d'un savoir, il va au-devant de ce que l'autre saurait. En lui disant "tu peux savoir" il permet cette sortie de l'imaginaire (Bergès, 1997). Dans le second, le même mouvement est amorcé par le thérapeute pour l'enfant. En évoquant des troubles (cauchemars par exemple) dont l'enfant n'a pas encore parlé, il conduit l'enfant à faire l'hypothèse d'un savoir chez le thérapeute. C'est cette fois l'enfant qui est, en quelque sorte, conduit à dire "tu peux savoir" et ce faisant, sort de l'isolement absolu dans lequel le traumatisme l'avait plongé. Ce premier pas va rendre possible l'élaboration de l'expérience traumatique, puisque, à sa grande surprise le sujet traumatisé réalise soudain que l'autre peut savoir quelque chose de ce qu'il a vécu et pensait impossible à communiquer autrement que comme une force destructrice.

Les mouvements transférentiels sont souvent d'une grande intensité. Soit du côté d'un attachement intense et immédiat au thérapeute perçu comme une sorte de



sauveur, celui qui comprend et donc peut tout, soit sous la forme d'un rejet total qui peut se traduire par une opposition passive (silence, semblant de discours...) ou active (agitation, colères...). En l'absence de travail d'élaboration, les réactions contre transférentielles seront toutes aussi brutales : élation du sauveur, rage et rejet du thérapeute impuissant.

L'utilisation des dessins dans l'évaluation et le traitement d'enfants traumatisés se heurte à deux difficultés. Tout d'abord ce n'est pas parce qu'un enfant dessine la guerre qu'il est traumatisé. La marque du trauma se trouve ailleurs, dans l'impossibilité de symbolisation. L'autre écueil est celui de la répétition traumatique. Il faut prendre garde que le dessin dans la cure de l'enfant traumatisé ne devienne une des modalités de la reviviscence. C'est alors toujours le même dessin que fait l'enfant, prisonnier lors de la réalisation de celui-ci, des émotions contingentes du traumatisme, sans que rien à propos de celui-ci ne se dise et ne s'élabore.

Le thérapeute n'a pas de raison de modifier la manière dont il est habitué à travailler avec les enfants parce que l'enfant qu'il reçoit est traumatisé. Si certains aménagements techniques sont nécessaires, il n'en demeure pas moins que le thérapeute formé à l'utilisation du jeu, des dessins ou du discours n'a pas, du fait de la pathologie traumatique, à se défaire de son expertise pour s'aventurer dans la pratique de méthodes qu'il ne maîtrise pas. Il faut voir dans cette tentation de comprendre le besoin de souplesse comme une autorisation à faire n'importe quoi, un effet " pousse à la transgression " du trauma (Bailly, 2001).

## **II - L'enfant victime de violences intrafamiliales**

Les enfants sont plus souvent victimes de violences commises par leurs parents que par des tiers inconnus. D'après les chiffres de l'ODAS (Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée), deux tiers à trois quart des enfants victimes subissent des actes de maltraitance commis par des membres du groupe familial. Ces violences sont généralement répétées dans le temps, sur plusieurs années. L'ODAS définit la maltraitance en fonction de quatre critères précis : " L'enfant maltraité (parmi les enfants en danger ) est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur le développement physique et psychologique ".

Les violences physiques sont les plus repérables. Elles sont de toutes natures: des coups, des brûlures, des torsions... Ces pratiques ont été plus ou moins justifiées par des croyances pédagogiques et considérées comme " normales ". Or, aujourd'hui en raison de l'évolution des conceptions éducatives et des " croyances " concernant le développement de l'enfant, les pratiques ont profondément changé. Le dépistage des violences physiques s'en est trouvé amélioré. Certaines pathologies de l'enfant jusqu'alors mal élucidées se sont révélées d'origine traumatique, par exemple des lésions cérébrales et oculaires sont maintenant rattachées au syndrome de l'enfant secoué. Par contre, la cruauté mentale (rejet, dénigrement, terrorisme, isolement, confinement, indifférence face aux demandes affectives de l'enfant, corruption ou exploitation, selon la terminologie de Hart & Brassard, 1987), assimilable à la maltraitance psychologique, est difficilement détectable car elle ne laisse pas de traces physiques. Pour cette raison, elle ne fait l'objet de travaux que depuis peu de

temps. Elle est très peu pénalisée alors qu'elle est particulièrement insidieuse et destructrice. En effet, la disqualification constante de l'enfant, les mots, peuvent blesser plus sûrement que les gifles. Quant aux violences et/ou abus sexuels, ils peuvent avoir des incidences importantes sur la maturation et le développement psychiques de l'enfant. Notons que certains auteurs préfèrent le terme d' "abus sexuels" à celui de "violences sexuelles" qui exclue les actes commis sans violences. Mais d'autres considèrent que "abus" suppose un seuil de tolérance quant aux pratiques sexuelles envers l'enfant. Quoi qu'il en soit, l'inceste est considéré comme un acte meurtrier puisqu'il peut empêcher l'accession au symbolique, l'établissement d'une identité sexuelle et l'inscription dans une génération et une parenté. Enfin, les négligences lourdes sont du domaine des carences et nous ne les aborderons pas ici.

Comment définir un enfant en danger ? Ce sont les enfants maltraités physiquement ou moralement, et/ou victimes d'abus sexuels, les enfants dont les conditions de vie (alimentation, santé, sécurité, éducation) ne leur permettent pas un bon développement physique ou psychologique : délaissement, refus de soins, carences, conflits majeurs entre les parents... Les signes qui alertent en priorité sont les troubles du comportement : les fugues, l'absentéisme scolaire, les tentatives de suicide, la toxicomanie, la prostitution à l'adolescence... des signes physiques sont constatés par un médecin scolaire (marques et d'hématomes sur le corps de l'enfant, de multiples fractures) ou par un médecin de prévention. Le signalement et l'évaluation de la situation se doivent d'être pluridisciplinaires. En premier lieu, il s'agira de reconnaître des signes physiques, comportementaux mais aussi psychiques et ensuite d'appréhender l'environnement familial et social de l'enfant. Le diagnostic s'établit tout d'abord à partir de l'examen médical et du constat des diverses lésions. Celles-ci sont le plus souvent nombreuses et à l'occasion d'un examen médical, on découvre aussi des lésions anciennes. Il s'agira ensuite de mettre en lien ces lésions constatées et les raisons alléguées par les parents. Les atteintes psychiques sont évaluées à partir d'un examen psychologique qui aura d'autant plus de poids que les symptômes physiques sont absents. Il est difficile d'établir une "matérialité des faits" exclusivement à partir des signes psychiques. Les troubles consécutifs aux violences intrafamiliales sont multifformes. Il peut présenter les symptômes habituels d'un syndrome post-traumatique (troubles du sommeil, cauchemars, reviviscences anxieuses, jeux répétitifs ou flash back, évitements phobiques, désintérêt pour les activités quotidiennes...), d'autres moins spécifiques (troubles instrumentaux et/ou de la conduite, anxiété, angoisse...). Par contre, certains signes sont particulièrement significatifs. Par exemple, les auteurs anglo-saxons font état d'un tableau particulier qui est la conséquence du lien pathologique entre l'enfant et le parent maltraitant : "la vigilance gelée". L'enfant généralement de moins de deux ans apparaît constamment défensif, faciès figé (Daligand, 1993). Il se raidit à toute approche, semble traqué et pare des coups éventuels. Ce comportement persiste longtemps, même après la séparation et l'enfant reste capable de détecter toute montée de violence chez l'adulte. Certains enfants présentent des tremblements généralisés dès qu'ils ressentent une émotion quelle qu'elle soit. L'angoisse peut être provoquée, chez des bébés ayant toujours baigné dans la violence, par une approche calme et douce qui aggrave leur malaise et mobilise leurs défenses. D'autres ne présentent qu'indifférence, froideur ou bien une grande agitation motrice, une excitation permanente, des cris, des rires, une familiarité excessive, et une érotisation précoce... L'enfant peut aussi présenter un véritable état régressif et dépressif (Daligand, 2000) marqué par l'inexpressivité, la tristesse, le mutisme, l'inhibition, le désinvestissement scolaire ou au contraire une agitation permanente. Ces troubles sont rarement

identifiés comme étant de nature dépressive et encore plus rarement mis en relation avec leur origine traumatique. L'enfant qui a vécu des violences sexuelles présente lui aussi des symptômes divers et variés mais quelques uns sont plus significatifs que d'autres et doivent alerter celui qui les observe : une masturbation compulsive et publique qui ne s'apaise pas malgré les injonctions de l'adulte qui est le signe d'une excitation permanente et incontrôlée, des rituels de propreté intempestifs et répétitifs (lavage de la bouche, du sexe ou du corps entier), un langage sans rapport avec l'âge réel de l'enfant (un langage régressif d'une part ou des connaissances trop précises des mots de la sexualité d'autre part), des agressions envers les autres enfants, et enfin une hyperexcitation sexuelle à l'origine de conduites exhibitionnistes et voyeuristes. Mais ces violences commises envers les enfants ne laissent pas que des traces directement visibles. Certains enfants ne présentent pas de symptômes mais souffrent tout autant. Elles peuvent entraver la maturation du moi, brouiller les repères identificatoires et occasionner une altération profonde de l'identité sexuelle. L'intégrité narcissique et la capacité même de désirer peuvent être gravement atteintes. Enfin, l'enquête sociale permettra de compléter ces observations par des investigations tant auprès des enfants que des parents.

Les observations montrent qu'il n'existe pas de corrélation entre la gravité du tableau clinique et le danger réel et que la réitération de l'abus sexuel est très fréquente s'il n'y a pas de prise en charge de la situation. Le pronostic est très dépendant de la pathologie familiale et de la possibilité pour l'enfant de trouver des repères identificatoires stables et de bons objets internes. Plus l'enfant est jeune, plus il est dépendant de ses parents. Le pronostic s'appuiera donc d'autant plus sur leur attitude qui, dans le meilleur des cas, sera soutenante et sans ambiguïté au moins pour l'un d'entre eux. Ainsi, si l'enfant a des ressources à la fois internes (des bons objets internes) et externes (des proches qui le croient et prennent immédiatement parti pour lui), il a toute les chances de dépasser cette situation traumatique. Le pronostic est habituellement sévère pour les enfants maltraités. Tout enfant maltraité est en danger de mort. Le taux de morbidité est de 5 à 16% selon les études. En France, il meurt 1 à 2 enfants par jour de maltraitance. La récurrence des sévices est estimée à 50% des cas lorsqu'aucune mesure de protection n'est prise (Daligand, 1993). Les séquelles physiques peuvent être lourdes et limiter gravement les capacités fonctionnelles. Les séquelles psychologiques sont constantes et d'autant plus graves que les sévices ont été plus précoces et la prise en charge tardive.

Quel est le devenir de ces enfants victimes d'inceste et de maltraitance ? Il n'existe pas d'études longitudinales pour le savoir. Les enfants qui ont subi de violences psychiques, sans signes visibles et repérables sont quasiment plus en danger que les autres car ils ne sont pas signalés. En l'absence d'écoute et de toute mesure de protection, l'enfant court les plus graves dangers. Le déni, notamment de la part de la personne qui devrait protéger l'enfant en priorité, c'est-à-dire la mère, est particulièrement destructeur (Ferenczi, 1932). Lorsque l'enfant n'a pas bénéficié d'espace de parole, ce qu'il a vécu n'a pu être pensé, représenté, élaboré. L'appareil psychique n'a plus, comme alternative, que d'évacuer la surcharge d'excitations dans des agirs répétitifs, à valeur simplement abréactive. L'enfant victime qui n'a pas parlé ou surtout qui n'a pas été entendu peut, malgré tout, trouver un équilibre plus ou moins stable grâce à des soutiens extérieurs. Mais, dans certains cas, il n'a guère comme moyen de décharge possible que la répétition soit sur un mode actif (l'enfant maltraité qui devient maltraitant) soit sur un mode passif (l'enfant, qui devenu adolescent puis adulte, se placera de façon répétitive dans des situations à risque).

Ainsi, certains enfants victimes vont, à l'âge adulte, reproduire de manière active, ce qu'ils ont subi de manière passive durant leur enfance. De victimes, ils vont devenir bourreaux. Chez ces derniers, il y a toujours un invariant : les faits subis n'ont jamais été sanctionnés. Il n'y a pas eu de prise en charge de quelque nature que ce soit (médico-psychologique, sociale ou autre). De nombreux auteurs (Balier, 1988 ; Miller, 1980 ; Roisin, 1994 ; Delocque-Fourcaud, 1999) ont déjà montré cette répétition infernale. Mais les pères incestueux ne sont pas les seuls à générer des conduites maltraitantes chez leurs enfants. Pour Roger Dorey (1981), c'est la relation séductrice avec la mère qui fait le lit des conduites perverses. L'enfant ne pourra que reproduire indéfiniment ce mode de fonctionnement à l'âge adulte auquel il a été constamment soumis, mais en inversant la relation. Il ne fera que reproduire en l'inversant le type de relation d'emprise établi précocement avec la mère séductrice. Paul-Claude Racamier (1995) a lui aussi mis en évidence cette relation de séduction narcissique interminable avec la mère qui favorisera l'emprise incestueuse. Mais il nous a surtout apporté la compréhension de l'incestuel qui est une forme " d'inceste moral " sans passage à l'acte véritable, où règne la confusion des places et des rôles. L'incestuel qualifie " ce qui, dans la vie psychique individuelle et familiale, porte l'empreinte de l'inceste non fantasmé, sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes génitales ". Si pour lui l'inceste est le fait du père, l'incestuel est avant tout le fait de la mère et prépare l'inceste. Bien entendu, il est difficile d'établir une quelconque matérialité des faits et d'engager une procédure au pénal. Mais par contre, l'incestuel est une relation profondément pathogène et silencieusement destructrice, qui devrait être connue des juges des enfants qui traitent de l'enfance en danger. Enfin, le devenir des enfants victimes est également tributaire des rencontres avec la réalité (Delocque-Fourcaud, 1999). Les passages à l'acte sont souvent déclenchés par des situations d'abandon qui renvoient à une détresse originaire, inélaborable.

D'autres enfants devenus adolescents, puis adultes vont s'exposer à des situations de victimisation répétées, dangereuses et traumatisantes (accidents, violences conjugales, prostitution, viols récurrents...), de manière tout à fait inconsidérée et inconsciente et qui les fragilisent de plus en plus. En se plaçant activement dans ces situations douloureuses, ces sujets ne font que répéter inconsciemment une situation ancienne qu'ils n'identifient plus comme telle, en ayant l'impression qu'il s'agit de circonstances exclusivement actuelles. Habités mais aussi traumatisés par les relations perverses qu'ils ont toujours connues, ils n'ont pu symboliser, intégrer ces traumatismes successifs dans la dynamique d'un récit. Seul un travail de remémoration et d'élaboration pourra les aider à se libérer de cette fixation qui les conforte dans une identité exclusive de victime. Seule un véritable travail thérapeutique pourra barrer le chemin de cette répétition inconsciente et surdéterminée : la thérapie aura, entre autres, pour fonction de faire la différence entre "être là" et "s'être mis là" (Damiani, 1997).

Comme nous l'avons déjà souligné, il n'existe aucune étude longitudinale permettant de savoir quelle proportion d'enfant parvient à un équilibre de vie plus ou moins satisfaisant, combien commettent à leur tour des actes de maltraitance ou d'inceste et combien vont " s'autodétruire ". L'enfant qui a bénéficié d'une prise en charge a beaucoup plus de chances de s'en sortir à l'âge adulte. Par contre, nous ne savons rien (ou peu de choses) de ceux qui n'ont jamais parlé et/ou déposé plainte. Nous sommes aveuglés par ceux qui sont identifiés ensuite par les actes qu'ils commettent ou subissent à l'âge adulte. L'inceste ou plus encore l'incestuel ne manquent quasiment jamais dans l'histoire de ces agresseurs ou de ces victimes à répétition. Mais ils ne

doivent pas faire oublier qu'ils ne représentent qu'une faible (?) partie des sujets qui ont été maltraités.

A ce jour, nous ne savons pas ce qui va déterminer le destin de ces enfants. Une partie des recherches actuelles s'organisent autour du concept très controversé de résilience défini comme la " capacité à surmonter les épreuves ", " la capacité à mettre en œuvre des stratégies innées et/ou acquises " qui recouvre un processus complexe résultant de facteurs internes (inné), externes (environnement) et de leurs interactions. Des auteurs, à la suite de Michaël Rutter (1990) ont une vision plus optimiste du devenir des enfants victimes capables de s'appuyer sur leurs ressources internes et externes, voire de transformer les expériences douloureuses en aptitudes créatrices. Reste à déterminer pourquoi certains enfants sont résilients et d'autres pas et de quoi est faite la résilience. En effet, certains concepts en rapport avec la résilience sont véritablement nouveaux et peuvent apporter un réel éclairage à la compréhension du devenir de ces enfants. Par contre, d'autres ressemblent furieusement à des concepts tels que la " prédisposition " ou " l'état antérieur " qui ont déjà fait l'objet de débats aujourd'hui dépassés, ou à des concepts analytiques qui, non intégrés dans une dynamique intrapsychique, paraissent vidés de leur sens initial. Il est donc séduisant mais trop simpliste de réduire la compréhension des conséquences de la maltraitance à la résilience ou à une simple répétition de ce qui a été subi, même si ce processus s'avère particulièrement significatif : il n'est pas le déterminant unique ou le facteur explicatif exclusif des conduites criminelles et de conduites d'autodestruction hors de toute la complexité de la vie intrapsychique, pulsionnelle et fantasmatique.

### **Thérapie d'enfants victimes de violences intrafamiliales**

L'enfant parle, encore faut-il qu'il soit entendu. Le thérapeute peut être le premier dépositaire de la parole de l'enfant. La parole, en opposition au secret de la maltraitance et de l'inceste, ouvre à l'expression de la souffrance psychique. La révélation est un premier pas vers une résolution possible, mais elle est loin de suffire. Le psychologue a pour obligation légale de signaler les faits révélés par l'enfant aux autorités administratives et judiciaires. Pour avoir une chance d'aboutir, un signalement doit répondre à des règles définies. Il doit être étayé, construit et structuré et comporter des éléments très précis (Damiani & coll., 1999). Ce sera ensuite au Procureur de la République de recueillir les preuves des faits pénaux allégués, de les qualifier s'il y a lieu et d'apprécier la nécessité d'une protection. Il est préférable que le signalement soit rédigé par un professionnel habitué à cette pratique qui " centralisera " les informations recueillies auprès des différents intervenants. C'est la convergence d'un ensemble de signes qui permettra de donner du poids aux allégations de l'enfant ou de son parent. S'il n'y a pas de lésions physiques constatables, pas de témoins, pas d'aveux de la part du parent mis en cause et qui plus est, si l'enfant est très jeune, la matérialité des faits sera très difficile à établir et la procédure pénale aura peu de chance d'aboutir. Nous sommes parfois démunis face à la détresse des personnes qui allèguent des violences non reconnues dans leur réalité. La psychothérapie risque d'être parasitée par cette absence de reconnaissance des faits subis ou par l'attitude de mères, qui sous couvert de protéger leur enfant, consultent moult avocats, psychologues, médecins... pour obtenir des attestations, des examens et des certificats médicaux et de ce fait, exposent plus encore l'enfant.

La thérapie des enfants victimes s'inscrit dans un cadre judiciaire (mesure de placement, suspension du droit de visite...) où s'articulent soins physiques, soins psychiques et reconstruction sociale. Ce cadre légal est d'ailleurs un préalable à un travail thérapeutique et le thérapeute ne peut le négliger, d'autant plus que la famille maltraitante ne se réfère souvent qu'à sa propre loi interne, ignorant la Loi externe sociale. Pour cette raison, la thérapie ne peut être menée qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire, sous couvert d'un tiers institutionnel et légal. Aucun professionnel (juriste, magistrat, psychologue, médecin, travailleur social...) ne peut rien seul. Un thérapeute seul, en cabinet, s'expose aux dérapages parce qu'il n'est pas protégé par ce cadre institutionnel solide qui exige une supervision extérieure et sérieuse afin d'éviter les dérapages. La loi ou plutôt les lois, devront être constamment posées et expliquées : informations sur les droits et sur la loi pénale par les juristes, clarification de la loi sociale par les travailleurs sociaux, de la loi symbolique par les psychologues. En effet, la législation est complexe, ce qui favorise les amalgames. Elle fait référence à des dispositions contenues dans le code pénal, le code civil, le code de la famille notamment. De plus, la protection de l'enfant est assurée par différentes autorités -civile, administrative et pénale- intervenant dans des institutions différentes qui doivent conjuguer leurs efforts. La prise en charge sera aussi conditionnée par l'évaluation du danger que risque de vivre l'enfant qui doit en être protégé. Il peut être préférable de l'hospitaliser, ce qui permettra d'ailleurs d'affiner le diagnostic grâce à une observation pluridisciplinaire. La séparation, voire le placement pourra se révéler nécessaire.

Même si la prise en charge se veut globale et pluridisciplinaire, cela n'empêche pas que chacun se doit de garder la place qui est la sienne afin de ne pas reproduire confusion et indifférenciation qui sont déjà l'apanage des familles maltraitantes et incestueuses. Pour cette raison, il semble préférable, au moins dans un premier temps, de séparer les psychothérapies des enfants de celles des parents afin que chacun retrouve un espace psychique qui lui est propre. C'est plus particulièrement auprès de ces familles que se révèle notre propre capacité à poser un cadre clair et défini et à nous positionner par rapport à la loi sociale, pénale et à la loi symbolique. C'est à cette impérative condition que nous pourrions aider ces familles à faire la part entre ce qui est licite et ce qui ne l'est pas, entre ce qui est légal et ce qui ne l'est pas. Nous pourrions les aider à construire de nouveaux repères entre ce qu'on peut faire et ce qu'on doit faire, ce qui est permis et ce qui est défendu. Le psychologue se doit donc d'établir un cadre préalable qui fixe les règles et les limites qui seront préalablement définis, expliqués et nécessairement respectés par chacun. Toute transgression sera parlée. Ensuite seulement, pourra se mettre en place le travail thérapeutique à proprement parler.

La spécificité du travail psychothérapeutique auprès de ces enfants victimes oblige le thérapeute, au moins dans un premier temps, à se montrer un peu plus actif, sans abandonner une nécessaire neutralité, ce qui pourrait les disqualifier par la suite. Il s'agit surtout de ne pas d'emblée "déculpabiliser" ou de se placer du côté des supposés bons objets, le sujet doit en garder le choix. Le thérapeute se devra de se positionner entre deux extrêmes : d'une part l'évitement, voire le déni de ce qui a été vécu par l'enfant, d'autre part la répétition systématique des faits qui pourrait se révéler traumatique en elle-même. Les vertus purgatives de l'abréaction sont illusoire et éphémères. Il ne s'agit pas d'obtenir des récits factuels des scènes traumatiques mais d'en faciliter la verbalisation, la remémoration, la figuration,

l'élaboration dans une dramatisation fantasmatique et transférentielle. Il faudra ensuite prendre le temps d'écouter l'enfant habitué au silence du déni, plutôt que de se contenter de l'entendre, afin de le rétablir comme sujet capable de parole vraie. Prendre le temps aussi de nommer (surtout ce qui n'a jamais été dit parce qu'indicible ou défendu), de qualifier les éprouvés sensoriels, corporels et émotionnels, de lever le voile du refoulement. Il s'agira ensuite de désintriquer les émois, les représentations, de démêler les désirs et les plaisirs propres de l'enfant, ses sentiments de honte et de culpabilité, en les différenciant de ceux de ses parents. Il faudra ensuite questionner cette culpabilité et cette honte sans chercher à les évacuer intempestivement parce qu'elles font lien. L'accès à la culpabilité ne doit pas être barré puisqu'elle ouvre à la castration et au symbolique, et même à la possible réélaboration de la position dépressive, rendant l'enfant capable de réparation. Enfin, il faudra séparer, démêler les amalgames entre les positions, notamment lorsque l'enfant a été placé en position parentale que ce soit pour exclure le père de sa fonction paternelle ou pour remplacer la mère comme objet sexuel. Il pourra ainsi retrouver sa place dans son identité sexuelle et dans sa génération. Ceci nécessite pour le sujet, de faire le deuil du plaisir de la toute-puissance, de perdre pour occuper de " nouveaux territoires " selon l'expression de P.C. Racamier (1995). Ainsi, l'enfant pourra devenir créateur de pensées : rêves, fantasmes, plaisirs, découvertes, parce que se remémorer, c'est transformer ce qui a été agi en souvenirs sans avoir besoin de le revivre.

Ces suivis sont généralement longs et chaotiques (en moyenne une dizaine d'années). Il existe des structures adaptées pour la prise en charge médico-psychologique et sociale des enfants victimes durant leur minorité. Par contre, il nous manque cruellement des structures de soins à long terme pour les enfants devenus adultes et devant poursuivre (ou commencer) ce travail. Phénomène de mode passager ou non, depuis la médiatisation de l'affaire Dutroux, il y a de plus en plus de révélations d'abus anciens par des adultes qui déposent plainte maintenant pour des faits subis durant leur enfance et qui souhaitent engager une thérapie. Malgré la prolongation du délai de prescription, la procédure pénale a souvent peu de chances d'aboutir en raison de la difficulté à apporter des preuves matérielles et concrètes. La seule voie de réparation reste civile. En fait, rien ne remplacera une rencontre singulière pour " délocaliser " la plainte, pour comprendre les actes subis dans leur dimension intrapsychique et intersubjective, pour dépasser le " statut " de victime et devenir simplement sujet de sa propre histoire.

La thérapie a plus de chance d'être efficace si elle est entreprise rapidement après les faits. Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, le pronostic s'appuie à la fois sur la qualité des bons objets internes et sur les réactions des parents. Plus l'enfant est jeune et plus il est contaminé par leurs émotions. A côté de la thérapie de l'enfant, il est donc important d'offrir au parent non mis en cause, un espace de parole, mais pas nécessairement dans un même lieu. De cette façon, il restera d'autant plus facilement soutenant pour l'enfant. La reconstruction psychique de l'enfant exige une temporalité lente mais non interminable, avec parfois de bénéfiques interruptions. Ces longs suivis ne peuvent durer que grâce à la permanence d'un cadre thérapeutique solide et contenant qui rétablit une nécessaire continuité psychique. Il est le dernier rempart contre les agirs répétitifs et participe à la restauration d'une élaboration fantasmatique personnelle, d'une capacité de désir propre, et d'une intégrité narcissique. Enfin, nos efforts, en ce qui concerne les enfants victimes de violences intrafamiliales doivent aussi se centrer sur la prévention : repérer l'enfant

traumatisé, l'informer autrement qu'en termes exclusivement cognitifs, et sans briser son imaginaire, estimer les facteurs sociaux et familiaux qui peuvent engendrer des risques. Encore faudrait-il mesurer l'efficacité réelle des mesures de prévention qui ont été déjà entreprises, notamment l'impact des campagnes d'information, ce qui n'a jamais été fait jusqu'à présent.

### **III - Le parcours judiciaire**

Les psychothérapies sont, du moins au début, tributaires des aléas de la réalité. Elles sont donc scandées par les différentes étapes de la procédure judiciaire. Celle-ci ne se doit pas d'être thérapeutique mais d'être un tant soit peu réparatrice à condition de ne pas être à l'origine de traumatismes secondaires et ne pas en attendre l'impossible. Aussi, le devenir d'un enfant victime est-il déterminé à la fois par l'élaboration de ce qu'il a subi et par le chemin judiciaire parcouru. Nous devons nous garder de confondre les cadres de référence et d'entretenir la victime dans une illusion de réparation magique que pourrait apporter le judiciaire. Le processus judiciaire vise en priorité, pour la victime, à la reconnaissance de la souffrance et des faits subis. La procédure pénale n'est peut-être pas toujours la voie la plus indiquée pour obtenir cette reconnaissance surtout lorsque les faits sont commis par un proche. De quelle façon le parcours judiciaire pourra-t-il apporter une réponse, voire offrir un contenant aux sentiments de culpabilité de l'enfant et à sa propre violence ?

L'enfant victime attend beaucoup de la procédure pénale et notamment de l'arrestation du ou des auteurs qui est d'ailleurs plus signifiante que le procès pour les plus jeunes enfants. Elle vient à démentir la toute-puissance supposée de celui-ci et rassure l'enfant sur la menace qu'il faisait peser sur lui. Lorsque l'auteur des faits est un parent, l'enfant est beaucoup plus ambivalent, culpabilisé par l'incarcération du parent, châtié par la désintégration du groupe familial dont il s'estime responsable, et qui est à l'origine de bien des rétractations. Par contre, l'enfant attend une égalité de traitement pour chacun de ses parents, à la mesure de leur culpabilité réelle. Par exemple, Jeanne nous dit qu'elle peut " gérer " sa haine par rapport à son père parce que sa culpabilité est reconnue et sanctionnée. Mais que fait-elle de sa haine (et de son amour d'ailleurs) envers sa mère qui n'a jamais été inquiétée bien que sa complicité ait été établie. Que faire de sa haine lorsque la mère défaillante voire maltraitante n'est pas condamnée et surtout que la faute n'est pas nommée. Il n'y a alors pas de tiers médiateur entre elles. Tout au long de la procédure judiciaire, l'enfant reste très soucieux du devenir de l'auteur : est-il incarcéré, pour combien de temps, reconnaît-il ou non les faits, l'accuse-t-il, a-t-il conscience de la souffrance qu'il a infligée ? Les enfants s'estiment coupables de ce qu'ils ont vécu. Cette culpabilité doit faire l'objet d'attitudes différentes de la part des professionnels qu'ils rencontrent. Comme nous l'avons précédemment évoqué, elle ne doit pas être déniée mais questionnée par le thérapeute qui n'a pas à prendre position. Par contre, le judiciaire, à travers la procédure pénale est le lieu de l'énonciation sans ambiguïté de la culpabilité réelle et de la responsabilité et " distribue " les places de victime et de coupable.

La procédure pénale n'a pas été pensée pour l'enfant. Des améliorations ont été apportées, notamment en ce qui concerne la première audition qui, aujourd'hui, peut être enregistrée. Cet enregistrement évite à l'enfant d'avoir à répéter les faits mais a pour inconvénient possible de figer la parole de l'enfant, normalement évolutive. De



plus, cette technique peut réveiller un scénario fantasmatique d'exhibitionnisme / voyeurisme chez des enfants qui ont subi des pratiques perverses. S'il est bien informé des rôles et des missions de chacun des acteurs judiciaires, l'enfant supportera mieux ces auditions, mais aussi les expertises, et les audiences de jugement, d'autant plus s'il est soutenu par un conseil (avocat, administrateur ad hoc). Par contre, même préparée, la première confrontation est toujours un moment difficile. En accord avec l'avocat, et si cela ne lui est pas préjudiciable, des psychologues font parfois des attestations pour informer le magistrat instructeur que l'enfant n'est pas en mesure de le supporter.

Le procès représente le moment crucial et ultime de ce parcours. Pour les enfants, la présence au procès doit rester un véritable choix. A partir de quel âge un enfant peut-il assister au procès ? Nous n'avons pas de réponse péremptoire et univoque. Nous avons déjà rencontré des enfants de huit ans qui souhaitaient et qui étaient capables d'y assister (mais pas nécessairement à l'intégralité des débats) et d'autres de seize ans pour qui ce n'était pas possible. Ils devraient y être obligatoirement préparés avec des explications, une visite préalable de la salle d'assises, et un travail sur leurs représentations et leurs attentes. C'est à l'issue de cette préparation que l'enfant peut envisager ou non sa présence au procès, comme Tom qui nous dit que " c'est une affaire de grand, j'ai rien à faire là-dedans". La plupart des enfants victimes que j'ai rencontrés, ont souhaité être là. Ils paraissent presque mieux affronter les débats que leurs parents qui les accompagnent, immensément culpabilisés et quasi défaillants. Les parents ont besoin d'être soutenus à ce moment là et trop souvent, ce sont les enfants eux-mêmes qui sont protecteurs et rassurants envers eux. La sanction est rarement satisfaisante pour les enfants. Elle les renvoie inmanquablement à la castration et à la mort et ils évoquent fréquemment le châtement en ces termes. Comme Jean, victime de viol à l'âge de dix ans, qui n'a pas souhaité déposer à l'audience, mais qui a chargé sa mère de remettre un dessin à l'accusé. Il y figure tête coupée avec le commentaire suivant : " je sais qu'on ne peut pas te tuer, mais moi je te tue dans ma tête ". Ou Minna, victime d'un viol à l'âge de douze ans d'un homme qui a commis une trentaine de viols et/ou d'agressions sexuelles, qui dira après le procès : " j'aurais voulu qu'on lui coupe chaque doigt par fille violée et quand il n'y a plus de doigts... le reste ". Pour les enfants, le jugement doit donc rétablir l'auteur dans sa castration, comme sujet de la loi. Ils attendent que l'auteur des faits les reconnaissent comme sujet, qu'il est à l'origine de leurs souffrances. Ils détectent chez lui avec acuité le manque d'authenticité et de souffrance dû au clivage. Ils attendent un effondrement qui pourrait les libérer, voire même autoriser leur propre compassion. Dans l'idéal, cette ultime rencontre vise définitivement à séparer la victime, reconnue en tant que telle, de l'auteur, lui-même reconnu comme coupable et responsable. Elle peut alors constituer la dernière étape du travail de deuil parce que, si le traumatisme est effraction, le procès est fermeture. Cette fonction de clôture du procès est verbalisée par Nathalie un mois après l'audience: " pour moi, maintenant tout ça c'est fini, c'est dans le passé. C'est la clé pour fermer la porte (...). J'ai tellement pleuré quand j'ai déposé, que maintenant, je n'ai presque plus mal en en parlant". Par contre, Léa ne l'a pas ressenti de la même façon : " On souffre pendant cinq ans et après le procès, ça peut pas s'arrêter comme ça, même si ça soulage quand même ". Il en reste donc souvent un sentiment diffus d'insatisfaction, une souffrance que seule l'élaboration pourra transformer en nouvel élan vers la vie. Enfin, l'indemnisation a relativement peu d'importance pour l'enfant jeune parce qu'il en véritablement bénéficiaire à sa majorité et non pas dans l'immédiat. Comme pour les adultes, cet argent ne pourra être réparateur qu'en fonction du sens qu'il lui accordera. Même s'il ne suffit pas à

métaboliser la souffrance, il peut aider à panser les blessures et à investir de nouveaux plaisirs.

### **Pour conclure...**

La prévention et le soin des différentes formes de traumatisme psychique chez l'enfant sont des préoccupations relativement récentes, ce qui peut expliquer le manque de structures spécialisées. Les séquelles psychologiques vont du rien au tout, mais ne peuvent se réduire au visible et à l'observable. Ce n'est pas en œuvrant à gommer l'angoisse et la souffrance manifestes de l'enfant ou en lui imposant de "tout dire" que l'on pourra l'aider. Au contraire, il importe de lui offrir un espace contenant et une relation qui lui permettent de s'engager dans l'élaboration de ce qu'il a vécu et de s'en détacher. La symbolisation de l'expérience traumatique nécessite non seulement l'élaboration d'un discours qui décrirait l'expérience subjective du sujet au moment de l'événement qui l'a traumatisé, mais aussi l'abord de questions telles que le rôle de la justice, l'attitude des adultes ou la cruauté entre autres. Le soutien et même parfois le traitement des parents conditionnera d'une manière importante le résultat de l'intervention thérapeutique. Il en sera de même en ce qui concerne la sanction des auteurs dans le cas de traumatismes consécutifs à un crime.

### **BIBLIOGRAPHIE**

Bailly L , Risk and Resilience Factors in Traumatized Children: a systematic review, Soumis à *British Journal of Psychiatry*.

Bailly L. (2001). Les traumatismes de l'enfant, In M. deClercq & F. Lebigot (Eds), *Le traumatisme psychique*. Masson, Paris.

Bailly L (1999), Psycho-traumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théoriques. *Nervure*,12 (6) : 20-25.

Bailly L (1996), *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant*, ESF Paris.

Balier C. (1988). *Psychanalyse des comportements violents*. Paris, PUF.

Cohen R. E., Ahearn F. L. (1980) *Handbook for mental health care victims*. Baltimore, John Hopkins University Press.

Daligand L. & Gonin D. (1993). *Violence et victimes*. Lyon, Méditations.

Daligand L. (2000). La dépression post-traumatique chez l'enfant. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, T. 1, n° 1, 27-32.

Damiani C. (1997). *Les victimes*. Paris, Bayard Editions.

De M'Uzan M. (1969), Le même et l'identique, in M. De M'Uzan (Ed.), *De l'art à la mort*. Paris: Gallimard.

Delocque-Fourcaud M. (1996), Qui est cet enfant ? La rencontre du pédophile et de l'enfant, *Actes de la deuxième journée victimes d'actes criminels graves*, Paris, Inavem.

Dorey R. (1981), " La relation d'emprise ", *Nouvelle Revue Française de Psychanalyse*, 24, 117-140.

Ferenczi S. (1932). " Confusion de langue entre les adultes et l'enfant ", *Psychanalyse IV*, 1982, Paris, Payot.

Foy D, Madvig B, Pynoos R, Camilleri A: Etiologic Factors in the Development of Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of School Psychology*, 34(2):133-145

Frederick C. J. (1985) Children traumatized by catastrophic situations. In S. Eth & R. Pynoos (eds.) *PTSD in Children*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Freud A., Burlingham D. (1944) *War and children*. Philip Lehrman Ed., International University Press.

Gardner G. R. (1971) Aggression and violence: the enemies of precision learning in children. *Am J. Psychiatry*; 128:445-450.

Grappe M. (1995) La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés. In M.R. Moro & S. Lebovici (Eds), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*, Paris PUF.

Hart S.N. & Brassard M.R. (1987). A major threat to children's mental health : psychological maltreatment. *American psychologist*, 42, 160-165.

Heuyer G. (1948) Psychopathologie de l'enfance victime de la guerre. *Sauvegarde*, 17: 3-43.

Miller A. (1980), *C'est pour ton bien*, Paris, Aubier, 1984.

Moro M-R. (1995) Tremblement de terre en Arménie: le psychiatre et le réanimateur. In M.R. Moro & S. Lebovici (Eds), *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*, Paris PUF.

Marcus-Jeisler S. (1947) Réponse à l'enquête sur les effets psychologiques de la guerre sur les enfants et les jeunes gens en France. *Sauvegarde*, 8: 3-23.

Pynoos R., Eth S. (1985) Children traumatized by witnessing acts of personal violence: Homicide, rape or suicide behavior. In S. Eth & R. Pynoos (Eds.) *PTSD in Children*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

Racamier J.-C. (1995). *L'inceste et l'incestuel*. Paris, Editions du Collège.

Roisin J. (1994). Considérations sur le traumatisme. *Actes de la deuxième journée victimes d'actes criminels graves*, Paris, Inavem.

Rutter M. (1990). Psychological resilience and protective mechanisms, in J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti & al. (Eds), *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York, Cambridge University Press.

Scheeringa M, Zeanah C, Drell M, Larrieu J (1995), PTSD in infancy and early childhood. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34(2) : 191-200.

Terr L. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping. *Am J. Psychiatry*, 140: 1543-1550.

Terr L. (1991) Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*, 148, 1: 10-20.