



L'impact des maltraitances physiques infantiles

E. de Becker, F. Leurquin

► To cite this version:

E. de Becker, F. Leurquin. L'impact des maltraitances physiques infantiles. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (10), pp.746. <10.1016/j.amp.2009.06.022>. <hal-00698836>

HAL Id: hal-00698836

<https://hal.science/hal-00698836v1>

Submitted on 18 May 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Accepted Manuscript

Title: L'impact des maltraitances physiques infantiles

Authors: E. de Becker, F. Leurquin

PII: S0003-4487(10)00220-9
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.06.022
Reference: AMEPSY 1194

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*

Received date: 2-4-2009
Accepted date: 16-6-2009

Please cite this article as: de Becker E, Leurquin F, L'impact des maltraitances physiques infantiles, *Annales médico-psychologiques* (2010), doi:10.1016/j.amp.2009.06.022

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.



Mémoire

L'impact des maltraitances physiques infantiles

The impact of the infantile physical maltraitions

E. de Becker ^a, F. Leurquin ^b

^a Psychiatre infanto-juvénile, Université Catholique de Louvain, Service de Psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques Universitaires Saint-Luc et Service de Santé Mentale

« Chapelle-aux-Champs », avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090, B – 1200 Bruxelles, Belgique

^b Psychologue, Service de Psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090, B – 1200 Bruxelles, Belgique

Auteur correspondant : Dr Emmanuel de Becker, Service de Psychiatrie infanto-juvénile des Cliniques Universitaires Saint-Luc et Service de Santé Mentale « Chapelle-aux-Champs », Avenue Hippocrate, 10 / Bte 2090, B – 1200 Bruxelles, Belgique

Adresse email : emmanuel.debecker@uclouvain.be

Texte reçu le 2 avril 2009 ; accepté le 16 juin 2009

Résumé

Les maltraitances à l'égard des mineurs comportent des effets à court et à long terme. L'impact traumatique sur la victime se limite rarement à la période de l'agression directe, il se poursuit bien des années après les faits, de manière évidente, visible ou de façon détournée, latente. L'article se penche sur les questions des conséquences de la violence physique subie pendant l'enfance. Sont revus le syndrome du stress post-traumatique ainsi que les divers modes de remaniements psychiques de l'individu victime de maltraitance. Les auteurs proposent ensuite d'aborder les principales pistes thérapeutiques, qu'elles soient psychothérapeutiques, d'inspiration psychodynamique ou qu'elles retiennent le format d'entretiens individuels, de groupes et de familles. Quoi qu'il en soit, on peut rencontrer autant de modalités de réactions face aux traumatismes infantiles qu'il existe de personnalités, de contextes sociofamiliaux, de niveaux de développement différents... Ainsi, tout un chacun peut être amené à connaître un syndrome de stress post-traumatique (PTSD).

Mots clés : Maltraitance ; Résilience ; Restauration narcissique ; Syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ; Traumatisme

Summary

Ill-treatment regarding the miners includes short term and long term effects. The traumatic impact on the victim seldom limits itself to the period of attack; it continues many years after the facts, in an obvious, visible way or in a oblique, latent manner. The article addresses questions concerning the physical violence suffered during childhood. Are reviewed the syndrome of post traumatic stress as well as various types of psychological modifications of the individual victim of ill-treatment. The authors then proceed to explain the main therapeutic paths, may they be psychotherapeutical, psychodynamical inspiration or using individual therapy, group or family therapy. Each traumatic event can express itself under varied symptoms as many as they are different personalities, sociofamilial contexts, different levels of development, different. Hence, we all have the possibility to encounter a syndrome of posttraumatic stress (PTSD) at some point in time.

Keywords: Impact strength; Maltraitance; Narcissique restoration; Post-traumatological stress syndrom (PTSD); Traumatism

1. Introduction

Progressivement, à travers l'évolution des diverses sociétés, le statut de l'enfant se voit davantage pris en compte. À la lumière des avancées dans les champs psychologiques et médicaux ainsi que dans leurs intrications représentées par les neurosciences, les États sont attentifs aux plus jeunes et plus fragiles de la communauté humaine.

C'est ainsi que se sont développées des initiatives dans l'aide et les soins spécifiques aux enfants et aux familles rencontrant des difficultés relationnelles telles que leurs développement et épanouissement se trouvaient en réel danger.

L'objectif vers lequel tendent les intervenants est d'arrêter toutes formes de maltraitances à l'égard des enfants en veillant à établir des mesures de protection, sans culpabiliser mais en responsabilisant tous les protagonistes concernés. Nous savons en effet que les figures d'attachement que représentent prioritairement les parents ont un impact important sur le bon développement des enfants [2].

Certes, il demeurera toujours une marge d'arbitraire liée à la subjectivité et à l'aléatoire de définitions impossibles à cerner. La distinction entre « mal » et « bien » traiter, que ce soit dans un moment de crise ou dans la chronicité, au-delà de certains relatifs culturels, ne peut reposer que sur une analyse « au cas par cas ». Afin d'en augmenter la validité, cette analyse devrait s'effectuer lors d'une évaluation fine et rigoureuse, menée idéalement par des équipes pluridisciplinaires, permettant le croisement de divers champs cliniques. Évaluer les dommages, soutenir la construction de sens ainsi qu'accompagner la reconstruction narcissique représentent des visées diagnostiques et thérapeutiques pertinentes pour permettre une assimilation positive d'événements traumatiques au plus grand nombre de victimes. L'évolution sociétale demande que l'on maintienne et que l'on renforce les moyens professionnels pour respecter ces temps. En Belgique, il existe depuis près de 30 ans des équipes spécialisées dans l'évaluation et le traitement des situations de maltraitance d'enfants. Sans être la panacée, ces structures ont acquis une expertise dans ce domaine, bien décrite par ailleurs [19]. Cela étant dit, nombre d'individus garderont en eux le secret de leurs traumatismes infantiles et/ou présenteront les stigmates de trauma dont ils nieront, ignoreront ou refouleront l'origine.

L'article propose de réfléchir aux conséquences des traumatismes infantiles liés à la maltraitance physique principalement intrafamiliale, puis de développer quelques pistes thérapeutiques pour atténuer celles-ci.

2. Modalités réactionnelles à l'exposition traumatique

2.1. Données épidémiologiques

Les humains ne sont décidément pas égaux entre eux ! Il en va ainsi face à tout traumatisme, comme celui généré spécifiquement par la maltraitance infantile, et les réactions qui vont en découler.

Les taux de prévalence de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) au cours de l'existence diffèrent énormément d'une étude à l'autre. On note une grande disparité des expositions selon l'âge, le sexe, et le type de traumatisme. Par exemple, les hommes rapportent plus fréquemment un préjudice grave ou un décès comme traumatisme tandis que les femmes évoquent les agressions sexuelles ainsi que les abus et négligences durant l'enfance. Un biais est cependant probable lorsque l'on sait que les garçons gardent davantage le secret de leurs traumatismes que les filles.

Certaines recherches mettent également en évidence que les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à développer un PTSD, alors que d'une façon générale, le taux d'exposition à un traumatisme est nettement plus prégnant dans la population masculine. Il semble également que la persistance du PTSD sera d'autant plus longue que la victime est directe (et non témoin), de sexe féminin, et/ou que le traumatisme a eu lieu tôt dans sa vie. De nombreux auteurs se sont intéressés à la comorbidité et ont constaté que la majorité des individus présentant un PTSD manifestent soit un trouble anxieux soit une addiction.

Perkonning et al. ont d'ailleurs montré que certaines affections précèdent l'exposition et l'apparition du PTSD, comme les troubles somatiques et les phobies simples, alors que d'autres apparaissent en même temps, tels les troubles paniques, ou subséquemment, comme les dépressions et conduites addictives [8,24,27].

Si l'on se centre sur les enfants, on peut citer l'étude réalisée par Ackerman sur des mineurs âgés de 7 à 13 ans ayant subi une agression physique ; la prévalence du PTSD est de 26 %, et passe à 55 % si une agression sexuelle y est associée [1]. Par ailleurs, la moitié des hommes adultes qui demandent des soins et confient un passé d'abus durant l'enfance présentent un PTSD. Ces données récentes soulignent l'importance des traumatismes qui surgissent dans le début de la vie comme étant parmi ceux dont les séquelles sont les plus persistantes dans le temps [12,21].

2.2. Le PTSD

Le stress traumatique engendre diverses affections et intervient dans différents tableaux nosographiques dont le PTSD. D'une manière générale, le sujet qui a été victime d'un traumatisme connaît une détresse qui se traduit, entre autres, par le fait de revivre l'événement constamment (le souvenir est « insistant », il envahit les pensées et/ou les rêves). De là découle le comportement légitime de vouloir éviter tout ce qui rappelle le traumatisme (stimuli associés), au risque de voir son élan vital émoussé. Lorsque le traumatisme est intrafamilial, l'évitement peut porter également sur les membres de la famille qui se trouvent associés au traumatisme, ce qui engendre d'importants troubles relationnels au sein de la famille.

Les critères du « désordre » sont repris dans la classification du DSM-IV R :

- la réexpérimentation morbide incluant la répétition de jeux ou de paroles concernant la maltraitance, les flash-backs, cauchemars, crainte de lieux, de personnes, de toutes choses pouvant être perçues comme symbolisant les actes de maltraitance ;

- les comportements d'évitement, les phobies, le mutisme, les trous de mémoire, les troubles de l'attention, la perte d'intérêt pour les activités ;
- un état d'hyperéveil anxieux associé à des difficultés d'endormissement, de l'irritabilité, des comportements agressifs, de la distractibilité, de l'anxiété, des perturbations d'ordre physiologique.

Glaser et al. confirment que les effets du traumatisme sont d'autant plus nocifs et durables que le traumatisme est survenu tôt dans la vie [14].

Von Klitzing et Lutz ont également mis en évidence que les enfants traumatisés peuvent compter dans leurs séquelles un excès de pulsions destructrices et/ou une restriction évitante, qui sont deux modes réactionnels, diminuant l'un comme l'autre la capacité narrative [29].

Comme l'indique Haesevoets, le stress est autant lié à l'événement agressif lui-même qu'aux suites de la découverte (révélation), dans l'après-coup. De plus, un événement réel peut faire émerger un autre traumatisme, qui, de la sorte et d'une certaine façon « (re)fait surface ». L'inconscient du sujet est son histoire, qui agit comme une « mémoire paradoxale ne se souvenant de rien mais sachant tout » [16, p. 177, 17].

On peut dès lors se pencher sur la situation des jeunes enfants vivant dans des contextes violents, sans être eux-mêmes directement agressés. Qu'en est-il de leur devenir ?

Il n'est pas toujours aisé pour l'individu et/ou son entourage d'identifier clairement l'événement traumatique ; à nos yeux, il existe de ces traumatismes d'apparence mineure, parfois perçus comme anodins, le plus souvent répétés mais pas toujours, qui induisent des dommages conséquents. Il semble que notre organisme, dans une compréhension holistique, à un moment donné et dans un contexte particulier de son histoire, connaisse des seuils de tolérance spécifiques à un même stimulus agresseur. C'est ainsi que l'on peut résister un certain temps, mobiliser ses défenses physiques, psychiques et contextuelles, et puis lorsque le stimulus est trop fort (par exemple si l'agresseur revient à la charge), manifester un PTSD.

Dans les modalités défensives, il est classique de parler de mécanisme « d'identification à l'agresseur ». Celui-ci traduit l'envahissement psychique par la figure de l'agresseur qui conduit le sujet traumatisé à reproduire le comportement violent sur autrui. Il s'agit autant d'une forme d'expression des défenses psychiques que d'une tentative de survie narcissique.

Par ailleurs, il peut encore arriver que les adultes banalisent les expériences traumatiques vécues par les enfants dont certainement les plus jeunes. Il n'est pas rare que

l'on entende que les enfants ne se souviennent pas de ce qu'ils ont vécu avant l'âge de trois ou quatre ans, et qu'ils ne peuvent donc s'en trouver marqués. On entend aussi certains professionnels de l'enfance (soignants, thérapeutes, magistrats...) estimer que l'on peut être à la fois un(e) mari (femme) violent(e), et un excellent parent. Rappelons-nous que lorsqu'un enfant a assisté, directement ou non, à la violence exercée sur un de ses parents, et a fortiori par l'autre parent, il ne peut qu'en être intimement marqué. Nous pensons, à la suite de Berger, qu'un parent qui frappe son conjoint (partenaire) fait preuve d'une grave absence de préoccupation parentale en soumettant l'enfant à ce spectacle angoissant [4,5,11]. Cette angoisse pénètre le sujet et le remplit d'une expérience de solitude et de désespoir.

Face à l'enfant qui n'a pas encore accès à la parole, l'adulte ne se rend pas toujours compte de la portée de ses gestes. Et pourtant, un bébé qui est exposé à la violence conjugale, sans être directement frappé, en étant par exemple blotti dans les bras de sa mère, ne peut qu'intérioriser la violence parentale. Keren souligne l'importance des PTSD chez l'enfant entre zéro et trois ans, en montrant que le fait d'assister à une scène de violence familiale, en particulier si la figure d'attachement principale est frappée (la mère le plus souvent) représente l'événement le plus stressant qui soit (au Canada, l'exposition à la violence conjugale est reprise comme une forme de maltraitance psychologique dans la loi sur la protection de la jeunesse). Nous pensons que par extension, le climat menaçant autour de la figure d'attachement, tant au niveau physique que psychique, constitue un facteur de stress majeur pour un jeune enfant [21].

Ainsi, plus il intervient tôt dans la vie du sujet, plus le traumatisme porte à conséquences. Le trauma organise le fonctionnement général du psychisme, d'autant que le sujet ne dispose pas encore du langage pour exprimer en mots ce qu'il ressent, ou que, même lorsqu'il dispose du langage, la possibilité d'expression ne lui est pas offerte. Des confusions entre imaginaire et réalité alimentent le surgissement d'images effrayantes, de pensées quasi hallucinatoires, troublant les repères spatio-temporels. L'enfant peut également être sidéré au point où son développement est entravé, ses potentialités d'élaboration perturbées, voire bloquées. L'évaluation du QD puis ultérieurement du QI représente un indicateur de l'ampleur de la souffrance psychique.

Différents mécanismes défensifs sont aussi observés comme le déni de la violence, le clivage multiple, l'indifférenciation de soi. L'identification introjective (ou incorporative) suppose une organisation de l'appareil psychique identitaire, tout comme l'identification à l'agresseur demande une (re)connaissance de l'altérité. Pour les jeunes enfants, Carel parle d'empreinte préidentificatoire de la charge excessive en stimuli. L'enfant n'a d'autre choix

que d'être débordé ; pour Berger citant Roussillon, il est alors « tout impuissant face au surgissement de l'image de son père (ou de sa mère, ou d'un frère aîné) violent en lui » [5, p. 29). Par « nécessité vitale », l'enfant n'a d'autre choix que de continuer à tenter de préserver « le lien au(x) parent(s) », paniqué, terrorisé par la peur de la violence, de l'abandon et du contact. On comprendra aisément que dans un tel contexte, le Moi ne se construira qu'au prix de la confusion et de la perturbation des différentes enveloppes constitutives (extérieur/intérieur ; passé/présent ; plaisir/souffrance ; bon/mauvais...) [4,5,9,25,26].

2.3. Remaniements ultérieurs de la personne

À côté du PTSD, bien des cas de figure existent lorsque l'on se penche sur les diverses réorganisations de la personnalité ayant subi la maltraitance physique durant l'enfance. Divers paramètres de gravité interviennent, qu'ils soient liés intrinsèquement au sujet, qu'ils appartiennent au contexte sociofamilial ou qu'ils touchent la nature des faits eux-mêmes. C'est ainsi, par exemple, que le patrimoine génétique participe à la création de la vulnérabilité psychique, générant de fortes blessures morales au moment même de la maltraitance et par la suite. Inversement, il peut induire une prédisposition à la résilience. Soulignons que plusieurs zones cérébrales semblent directement impliquées dans le phénomène de résilience, en lien avec les systèmes de réponse au stress. Plus que tout, c'est la notion de plasticité cérébrale qui rend compte de ce paradigme, par l'influence des facteurs environnementaux sur le fonctionnement de l'encéphale. Ainsi, le cerveau apparaît comme une structure plastique dont le développement postnatal se réalise principalement sous l'effet de stimuli extérieurs. Rappelons aussi que les travaux de Kandel ont montré que les connexions synaptiques et l'expression de certains gènes se modifient en fonction des expériences vécues et des apprentissages réalisés [20].

Sur le plan organique, nous sommes, par exemple, attentifs aux données récentes des chercheurs Harkness et Lumley, qui suggèrent un modèle lié au développement étiologique de la dépression majeure ; l'adversité vécue dans l'enfance peut mener à la dépression par ses effets sur le développement de schémas cognitifs négatifs qui trouvent leur origine dans la rupture des axes neuronaux favorisant une réponse adaptée au stress. De ce fait, il y aurait sensibilisation aux événements stressants, facilitant l'émergence de dépression [18].

Par ailleurs, élément pris largement en compte par les professionnels et impliquant la qualité de l'environnement familial et social de l'enfant, la traumatisation secondaire est même parfois susceptible de comporter plus d'effets désorganisateurs que la maltraitance elle-

même. C'est le cas lorsque l'enfant victime se sent ignoré, non protégé, condamné, culpabilisé par les attitudes qu'il rencontre à propos de ce qu'il a subi, parfois de nombreuses années auparavant. Les réactions de l'entourage confortent son impression de moindre valeur.

Certains auteurs comme Grethel et Mullen avancent l'hypothèse que les agents stressants de l'environnement de l'enfant ont un lien significatif avec les plaintes somatiques, les problèmes sociaux, les difficultés d'attention et les symptômes de dissociation. Leur étude soutient l'idée selon laquelle il existe un lien important entre les variables contextuelles et les symptômes spécifiques présentés par les enfants témoins de violences domestiques [15].

Comment l'enfant se (re)construit-il après la maltraitance physique ? Appuyons-nous sur la métaphore corporelle classique d'une plaie cutanée, qui peut être plus ou moins profonde. L'organisme déploie ses systèmes de défense et de réparation qui contribuent à la restauration de l'intégrité physique, ou du moins qui y tendent dans la mesure du possible. Selon la gravité des lésions, une intervention extérieure sera souhaitable, voire indiquée. Quoi qu'il en soit, les processus de cicatrisation sont rapidement sollicités. L'analogie peut être retenue pour les traumatismes psychiques comme ceux causés par la maltraitance. C'est ainsi que nous observons à l'extrémité d'un continuum une cicatrisation de la plaie, saine, certes visible (« dicible »), mais à valeur de trace non invalidante ; l'intégrité du sujet est maintenue et on ne constate pas d'altération significative de la personnalité. L'événement traumatique, qui a bel et bien existé, est reconnu comme un accident d'existence douloureux mais qui n'a pas entravé la construction de l'identité. Cette résilience s'appuie grandement sur le tempérament du sujet, sa force de caractère ; le statut de l'auteur de la maltraitance, sa reconnaissance et une éventuelle démarche de réparation ainsi que les réactions de l'entourage participent également à l'intensité de ce processus. Soyons malgré tout conscients que nombre de situations de ce type seront gardées dans le secret des cercles familiaux, et que certains individus parviendront à dépasser les « ondes de choc » traumatiques et à métaboliser l'événement traumatique de manière satisfaisante et sans l'aide de professionnels.

Nous pourrions ainsi dire qu'un certain nombre d'enfants maltraités s'adaptent à l'âge adulte avec un succès relatif, indiquant des potentialités de résilience. Cependant, la résilience peut être un concept superficiel puisque dans ces cas, ce qui semble être un succès par rapport à ces maltraitements d'autrefois vient toujours au prix d'une vulnérabilité émotionnelle et d'un compromis des potentiels [21,22].

À l'autre extrémité du continuum, nous rencontrons des individus dont la métabolisation de l'événement traumatique n'a pas pu se réaliser de manière satisfaisante, et qui éprouvent plus de difficultés que d'autres à y parvenir, malgré les planifications d'aide et

de soins rencontrées. La plaie semble ne pas se cicatriser, s'infecter, et parfois même contaminer l'entièreté du corps.

La majorité des victimes de maltraitements intrafamiliaux connaissent à tout le moins une cicatrisation imparfaite et, bien des années plus tard, la trace peut encore « faire mal », parfois sans raison apparente, ou lors de moments évocateurs. C'est ainsi que l'on retrouve plus vraisemblablement le sujet à un endroit du continuum plus ou moins proche d'une extrémité ; les aléas de la vie font évidemment varier le curseur, et ce, certainement en fonction du temps.

Un pôle que connaissent la plupart des personnes est celui de l'angoisse avec ses diverses manifestations. Celle-ci peut être parlée, ou s'exprimer par des signes parfois très indirects. Les troubles somatiques sont bien connus par les victimes et constatés par les cliniciens. Si la liste des symptômes est non exhaustive, on doit s'interroger, chez l'enfant plus âgé, devant une non-acquisition du contrôle sphinctérien persistante, une grande distractibilité, ou encore des comportements de dépendance ou de « collage à l'autre ». S'installent également diverses conduites d'évitement par anticipation de l'exposition à certains dangers (peur de tout conflit...).

Par ailleurs, dans certains cas d'imprégnation par la violence traumatique, on rencontre une forme de renversement de rôle ; « l'ancienne victime » exerce ses tensions intérieures en déchargeant sur un tiers ce qu'on lui fait subir. Boszormenyi-Nagy parle du phénomène de « l'ardoise pivotante ». À l'extrême, le sujet se remplit de haine généralisée (la biographie de certains « serial killers » montre la présence d'antécédents de climats familiaux violents et il semble que des composants du patrimoine génétique pourraient contribuer à ces issues dramatiques). Sans aller aussi loin, soulignons que la plupart des enfants qui présentent une violence pathologique extrême ont vécu des traumatismes relationnels précoces. Ces jeunes associent, à côté de comportements très violents, une déficience intellectuelle avec un déficit de l'attention, des troubles sévères de l'attachement (de type désorganisé/désorienté), ainsi que des perturbations sur le plan psychiatrique [5,7].

Un autre pôle concerne les dimensions de honte et de culpabilité pouvant alimenter une dépression. Ces affects s'installent rapidement ou de façon différée, insidieusement, faisant le lit d'une pathologie chronique. Vécus quasi irréductibles, ils imprègnent le psychique d'individus qui, tôt ou tard, se sentent différents des autres, à la destinée marquée par le malheur. Ils confient la perte de confiance dans les autres, en eux-mêmes, et dans l'humain en général. Avec le temps et sans aide extérieure, le désespoir s'installe et s'accompagne de conduites addictives, voire de tentatives de suicide.

D'autres victimes, luttant contre la menace dépressive, mettent en avant leur indignation légitime et leur colère corollaire. Un autre risque existe ici dans l'entretien d'un processus de victimisation et de démarches incessantes de réhabilitation et de réparation, occultant la nécessité d'une prise en charge par soi-même. Ainsi, les professionnels rencontrent de plus en plus de victimes devenues adultes qui se lancent corps et âme dans diverses procédures, estimant que la société n'a pas rempli ses missions, que leur existence est définitivement cassée...

3. Pistes thérapeutiques

3.1. Considérations générales

Quand ils sont sollicités, les professionnels ont à répondre aux modalités d'aide à apporter à la cicatrisation. Évidemment, chaque individu réagit à telle approche thérapeutique plutôt qu'à une autre en fonction de son tempérament, de son histoire et plus spécifiquement des éléments de sa mémoire. À ce niveau, Fain souligne que les cliniciens ont à tenir compte des trois types de mémoires : procédurale, émotionnelle et déclarative [13]. Les souvenirs sont inévitablement reconstruits, par interprétation, à partir d'une trace mnésique stockée après que l'information a été encodée dans un contexte précis. Si la maturation de l'hippocampe semble demander plusieurs années, l'amygdale, siège de la mémoire émotionnelle, est « opérationnelle » dès la naissance. Ainsi la mémoire « du vécu » inscrit, dès le début, les événements affectifs de la vie du sujet. Si d'aventure nous avons grandi dans la peur, l'angoisse, la violence, nos structures cérébrales, sièges de nos affects, en seront imprégnées. Des retentissements métaboliques généraux s'en suivront ; des marqueurs biologiques (comme le cortisol communément appelé « hormone de stress ») traduisent d'ailleurs des états d'anxiété chronique [3].

Grâce à des avancées, entre autres en neuro-imagerie, on sait que le cerveau se déploie au cours des premières années d'existence, en fonction des interactions entre patrimoine génétique et expériences vécues. On ne peut ignorer la mémorisation et l'intégration des traumatismes précoces qui ont un impact décisif sur l'architecture des structures cérébrales ; l'ensemble des interactions de la petite enfance ont une influence directe sur la manière dont s'établissent les liens entre les neurones et, en conséquence, sur les potentialités, entre autres intellectuelles, du futur adulte.

L'accompagnement thérapeutique « idéal » commence donc par l'intensification des aides préventives et le soutien à la parentalité. Il s'agit d'estimer et/ou de renforcer les capacités empathiques de l'adulte envers l'enfant ; celles-ci consistent à pouvoir le rejoindre dans ses émotions, en interprétant ses appels, et en répondant à ses besoins vitaux de la façon la plus adéquate possible.

Cet état suppose, pour l'adulte, de représenter une figure d'attachement stable, sécurisante, accessible, propice pour permettre à l'enfant d'intérioriser une image parentale positive participant à l'établissement d'une confiance en soi. Si celle-ci s'acquiert, l'enfant développe alors la capacité de se tourner vers les autres et d'explorer le monde.

Non moins importante dans la fonction parentale, la capacité de jouer avec l'enfant constitue un ingrédient nécessaire à la croissance psychique ; l'activité ludique du « faire comme si » développe des compétences de différenciation, d'altérité, de réciprocité et, loin d'être négligeable, de symbolisation. Cette parentalité peut être mise en défaut de manière ponctuelle lors d'une crise, ou de façon chronique, que ce soit par des éléments intrinsèques à l'adulte ou dû à des facteurs contextuels, ou encore, ce qui est le plus probable, par l'intrication complexe des deux premiers champs.

Quoi qu'il en soit, en général, plus l'intervention mettant fin à la maltraitance sera hâtive, moins les conséquences seront dommageables. C'est ainsi qu'idéalement la prise en charge devrait débuter lorsque la maltraitance est active, quand la violence vient d'être subie et que la famille « se retrouve » devant des cliniciens expérimentés (dans certaines situations, la famille, principalement les parents, reconnaissent d'emblée leur débordement et cherchent à éviter la récurrence en s'impliquant dans une thérapie ; dans d'autres cas, nombreux, seule une pression extérieure, sous forme d'une aide contrainte par exemple, conduit la famille à consulter). À ce moment, la rencontre rend possible la prise de conscience de l'inadéquation, la recherche de modalités transactionnelles correctes, par un travail sur les représentations et les émotions des uns et des autres.

3.2. Les rencontres de parole

Qu'en est-il du traitement des victimes de maltraitements physiques intrafamiliaux ? D'une manière générale, la finalité thérapeutique consiste à offrir un espace-temps de confiance, propice à la réflexion et à l'expression des sentiments.

Soulignons, à la suite de Terr, que les enfants victimes de traumatismes mettent en place des mécanismes défensifs dont le thérapeute devra tenir compte [28]. On retrouve ainsi de la dénégarion, de la banalisation, de l'inhibition et de l'extrapolation, processus qui tentent de contenir l'angoisse. Par exemple, lors des séances, l'enfant peut éviter de réfléchir aux événements familiaux, parler de « tout et de rien » et « bloquer » ses productions de pensées. On observe aussi des fixations au trauma lorsque l'enfant raconte de manière « désaffectivée » les événements, sur un ton monocorde, voire anecdotique, toujours prêt à se répéter. Par ailleurs, une dénégarion, processus à différencier de la rétractation, permet d'atténuer l'impact traumatique de la maltraitance agie par un parent. Certains enfants sont aussi terrorisés par des préoccupations fantasmatiques sur l'avenir, convaincus qu'ils auront un futur marqué encore par d'autres maltraitances à leur égard. D'autres modalités se rencontrent et l'ensemble de ces mécanismes, ardu à dénouer, peut se figer et marquer l'individu bien au-delà de l'enfance et de l'adolescence [22].

Parfois, les défenses seront à ce point massives que le refus entravera toute tentative de traitement. Un enfant confie : « C'est horrible, mais il n'y a rien à faire, ça passera avec le temps... »

Nous retenons alors une modalité qui se résume dans l'idée de « garder le lien ». En effet, il n'est pas rare que les victimes de maltraitances soient traversées par des angoisses de séparation, des fragilités narcissiques. Le refus de toute aide conforte ces thématiques et renforce l'isolement. Au cas par cas, nous établissons un canevas incluant des temps de rencontres avec la victime elle-même et/ou les membres de son entourage. Si l'enfant ou l'adolescent maintient son refus, nous lui disons notre volonté de conserver un lien à travers des rencontres avec les membres de son réseau interne et/ou externe. Il arrive qu'avec le temps il consente à participer à l'un ou l'autre entretien, intéressé par ce qui s'y exprime à son sujet. Le principe est de constituer une enveloppe partenariale dans la perspective de soutenir les membres susceptibles d'interagir dans le quotidien de l'enfant. Le réseau interne concerne les personnes de proximité sociofamiliale, tandis que le réseau externe inclut l'ensemble des professionnels impliqués dans une situation précise.

D'autres formats thérapeutiques existent et sont retenus après élaboration « à plusieurs cliniciens ». Quoi qu'il en soit, lorsque des symptômes persistent et indiquent que le trauma est toujours actif et à l'œuvre, on ne peut se réduire à l'expression d'une parole qui elle-même constitue un indice clinique de « non-résilience ».

Si l'opposition peut parfois être très criante, à l'opposé certains enfants et adolescents peuvent adopter des attitudes hyperconformistes, acquiesçant à toute initiative et

interprétation de l'autre, traduisant une construction identitaire en faux-self. Cette dernière modalité demande du temps au clinicien pour reconnaître la grande subtilité de ces fonctionnements psychiques et les inciter à envisager d'autres façons d'être. Sur le terrain, nombre de thérapeutes optent pour le respect du rythme et de la demande, en ignorant les bénéfices d'une certaine pression de la part du tiers qu'est le professionnel. Refusant toute velléité d'acharnement, ils dénoncent chez ces cliniciens trop actifs une volonté de « plaquer » des canevas généraux idéalistes ou idéologiques.

Il est vrai qu'il y a lieu d'éviter de forcer la parole et la rencontre, car parler n'autorise pas toujours, loin de là, la libération symptomatique en faisant revivre des événements douloureux sur un mode traumatique. C'est ainsi qu'ont pris place des méthodologies différentes, des entretiens psychothérapeutiques centrés sur l'élaboration à partir d'une parole. Diverses techniques aident avec efficacité ces « anciennes victimes » ; on peut citer la thérapie par le jeu s'inspirant de l'œuvre de Winnicott, l'art-thérapie, ou encore les travaux d'écriture. Ces techniques à média autorisent l'expression d'une souffrance « résiduelle », où la motricité, la sensorialité et l'imaginaire sont sollicités dans un processus ouvert mais encadré. La finalité ne s'arrête pas à « faire surgir » « l'agresseur intériorisé qui ronge toujours à l'intérieur », mais vise à soutenir une émergence à travers la créativité et la spontanéité pour ensuite en réaliser une interprétation, c'est-à-dire une distanciation si possible sereine. Certains sujets conjuguent thérapie par média et psychothérapie, dans le but de différencier réalisation et élaboration à partir du trauma [30,31].

Si en Europe la rencontre individuelle demeure le « modèle de base », le travail à plusieurs, comme les thérapies de groupe, suscite depuis longtemps un engouement certain des professionnels et patients nord-américains. Quel que soit l'âge, les deux axes thérapeutiques, individuel et groupal, se soutiennent en relançant mutuellement les éléments émergents dans l'un et l'autre lieux ; ce qui est questionné ici est travaillé là, et réciproquement. L'important est de conserver une cohérence. De plus, il y a lieu de respecter les champs de compétence du collègue et d'être attentif aux mécanismes de clivage (d'un côté le « gentil professionnel », de l'autre « l'agresseur »), et de disqualification.

Le travail en groupe, qui a une fonction de tiers et de contenant, vise à comprendre et à changer. Cette modalité thérapeutique est certainement indiquée pour les jeunes marqués par des troubles de l'identité et une précarité des processus d'intériorisation ; pour eux, toute pensée peut représenter une source de danger et d'angoisse. Si penser individuellement est menaçant, la rencontre en groupe décentre et diffracte les liens entre les différents participants.

Ce type de rencontre encourage aussi la socialisation, souvent mise en défaut. En effet, nombre d'« anciennes victimes » présentent des difficultés dans les habilités sociales et vivent en conséquence dans la solitude. Se sentant exploitées, elles vivent les autres comme menaçants et agressifs. Les séances de groupe tentent de développer la capacité d'empathie, en renforçant l'estime de soi, en apprenant à reconnaître, à exprimer sentiments et désirs, à formuler des demandes et des refus sans verser dans la violence. À la suite des travaux de Cyrulnik, nous effectuons un travail de restauration narcissique qui passe par une restructuration de l'histoire. Nous soutenons une reconnaissance de l'état de victime de sa propre histoire. Négliger de reconnaître sa part de propre traumatisme amplifie l'insensibilité à la souffrance de l'autre [10].

Enfin, il existe l'approche familiale, que l'épistémologie soit systémique ou analytique. Les entretiens familiaux impliquant enfants et parents sont largement décrits ailleurs [3,16].

Il peut s'avérer intéressant de proposer à l'adulte traumatisé dans l'enfance des rencontres familiales, que ce soit avec les partenaires du cercle familial d'origine, c'est-à-dire en réunissant les protagonistes concernés par les faits de maltraitance, ou que ce soit avec les membres de sa composition familiale propre, c'est-à-dire partenaire et enfants actuels. Dans le premier cas de figure, avant de se lancer dans ce format d'entretien il y a lieu de s'assurer de la position de l'adulte, ancienne victime, de son désir et de ses appréhensions.

On ne peut généralement pas entreprendre un tel processus sans s'enquérir des éventuelles démarches thérapeutiques, ou autres (processus judiciaire), antérieures, parfois très anciennes, qui ont eu lieu. En effet, la démarche prend un sens fort différent selon que la maltraitance a été scellée dans le secret, empêchant toute parole et tout positionnement de tiers, ou que l'inadéquation ait été parlée et/ou reconnue. Chaque situation est singulière et il en est de même pour le deuxième cas de figure.

D'une manière générale, outre une préoccupation des professionnels pour la reconnaissance par tous de la maltraitance, la ponctuation d'une approche thérapeutique familiale vise à opérer certains changements dans la structure de la famille. Ces modifications de position et donc de perception contribuent à des changements dans le comportement et les processus psychiques internes des membres du groupe. À travers le processus d'affiliation de l'intervenant, le changement doit survenir grâce à la restructuration qu'il opère afin de transformer les patterns transactionnels dysfonctionnels. Ce cadre conceptuel, issu de l'approche systémique structurale, est comparable, dans une certaine mesure, à l'approche psychanalytique individuelle. Certes, ces objectifs doivent bien souvent demeurer plus

modestes, tout comme il existe des « contre-indications » lorsqu'il y a déni de toute maltraitance, au risque d'effets secondaires dommageables sur l'adulte demandeur d'aide.

4. Brève conclusion

On rencontre probablement autant de modalités de réaction face aux traumatismes infantiles qu'il existe de personnalités, de contextes sociofamiliaux, de niveaux de développement des victimes différents. Tout le monde peut être amené à vivre un PTSD.

Les maltraitances physiques intrafamiliales laissent des traces sur le corps et/ou dans le psychisme. Notre mémoire émotionnelle capte des expériences et participe à nos vies affectives et cognitives. Celles-ci peuvent s'enrayer, le trauma agissant comme un obstacle à la bonne vascularisation de zones cérébrales, pouvant causer des lésions : la santé mentale, savant équilibre s'appuyant sur le jeu d'interactions entre divers facteurs, peut évoluer vers la pathologie, et ce, parfois, pendant plusieurs dizaines d'années [6].

Conflit d'intérêt : à compléter par l'auteur

Références

- [1] Ackermann PT, et al. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect* 1998;22:759-74.
- [2] Archer C, Burnell A. Traumatisme, attachement et permanence familiale. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- [3] Barudy J, Dantagnon M. Los buenos tratos a la infancia. Barcelone: Ed Gedisa; 2005 (en cours de publication en français, Paris : Fabert).
- [4] Berger M. Les troubles du comportement cognitif. Approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Dunod; 2006.
- [5] Berger M. Voulons-nous des enfants barbares ? Paris: Dunod; 2008.
- [6] Bessel A, et al. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress* 2005;18:389-99.
- [7] Birmes P, Sztulman H, Schmitt L. Dissociation péritraumatique et état de stress posttraumatique : étude prospective de six mois. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2002;2:45-52.
- [8] Boszormenyi-Nagy. Invisible loyalties. New-York: Harper and Row; 1971.

- [9] Carel A. Le jeune enfant violent : sources et devenir. Fondation de l'enfance ; 2006.
- [10] Cyrulnik B. Enfant tyran, ado violent. Conférence faite au Congrès « De l'enfance cabossée à la famille rêvée ». Lausanne: Service de protection de la jeunesse; 2007.
- [11] de Becker E. L'impact des violences conjugales sur les mineurs d'âge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2008;56:21-6.
- [12] Edwards V, et al. Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health of community respondents: Results from the adverse childhood experience study. *Am J Psychiatry* 2003;160:1453-60.
- [13] Fain L. Douleur, peur et mémorisation. Conférence donnée aux Cliniques Universitaires Saint-Luc (UCL). Bruxelles; 2008.
- [14] Glaser JP, et al. Childhood trauma and emotional reactivity to daily life stress in adult frequent attenders of general practitioners. *J Psychosom Res* 2006;61:229-36.
- [15] Grethel, Mullen S. Correlates of psychological symptoms among children exposed to domestic violence: Severity of domestic violence exposure, child abuse, and psychosocial stressors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 2005;65:5401.
- [16] Haesevoets YH. Regards pluriels sur la maltraitance des enfants. Bruxelles: Kluwer; 2003.
- [17] Haesevoets YH. Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence. Bruxelles: De Boeck; 2008.
- [18] Harkness KL, Lumley MN. Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents. Ed. J. Abela & B. Hankin: 2008. *Handbook of depression in children and adolescents* (p. 466-88). New York: Guilford Press; XII:529.
- [19] Hayez JY, de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Paris: PUF; 1997.
- [20] Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 1998;155:457-69.
- [21] Keren M. Traumatisme précoce et jeune enfant : aspects cliniques et psychopathologiques. Montréal: Sainte Justine; 2005.
- [22] Lieberman A, Van Horn P. Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early attachment. New-York: Guilford Press; 2008;XVI:366.
- [23] Massie H, Szajnberg N. My life is a longing: Child abuse and its adult sequelae: Results of the Brody longitudinal study from birth to age 30. *Int J Psychoanalysis* 2006;87:471-96.

- [24] Perkonig, et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk, factors and comorbidity. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:46-59.
- [25] Roussillon R. Agonie et désespoir dans le transfert paradoxal. In J. André (dir.), *Le temps du désespoir*. Paris: PUF; 2002.
- [26] Roussillon R. Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique. In Furtos J, Laval C, in : *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*. Paris: Erès; 2005. P. 221-3.
- [27] Stein MB, Kennedy C. Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *J Affective Disord* 2001;66:133-8.
- [28] Terr LC. Childrens traumas, an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1981;148:10-20.
- [29] Von Klitzing K, Lutz-Latil N. La narration chez les enfants traumatisés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2003;51:75-80.
- [30] Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard; 1975.
- [31] Winnicott DW. *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris: Gallimard; 1971.