

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

ATTACHEMENT ET MALTRAITANCE

N°7 - Octobre 2018



CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

ATTACHEMENT ET MALTRAITANCE

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Emmanuelle Bonneville-Baruchel
Bénédicte Deliège
Diane Drory
Gaëtan Ducatteeuw
Jessica Segers

COMITÉ ÉDITORIAL

Quentin Bullens
Aurore Dachy
Marie Lambert
Jessica Segers

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Dominique Jungers

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :
02 542 14 10

Courriel :
sos-enfants@one.be

Site :
<http://www.one.be/index.php?id=2325>

SOMMAIRE

ÉDITO 4

ARTICLES

Carnet clinique

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET DE LA RELATION INTERSUBJECTIVE
CHEZ L'ENFANT MALTRAITÉ 6
Par Emmanuelle Bonneville-Baruchel

Carnet clinique

DE VICTIME À AUTEUR : IMPACT DES CARENCES AFFECTIVES ET DES TRAUMATISMES
SEXUELS PRÉCOCES SUR LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SEXUEL 29
Par Gaëtan Ducatteeuw

VIGNETTE CLINIQUE

POUR ÉCOUTER UN ENFANT, ENTENDONS SES DESSINS 48
Par Diane Drory

INCITATIONS À VOIR UN FILM 59

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS 61

ÉDITO

UN PRIX POUR VALORISER LES ÉCRITS SUR LES QUESTIONS EN LIEN AVEC LA MALTRAITANCE INFANTILE

Paru pour la première fois en avril 2012, le Carnet de notes sur les maltraitements infantiles (CNMI) suit sa route et parvient, en 2018, à se classer parmi les revues les plus consultées sur le site Cairn-info, où la revue est librement accessible en ligne.

Le Carnet de notes sur les maltraitements infantiles, qui s'efforce de faire le lien entre la clinique et le champ académique, trouve progressivement ses lecteurs et répond sans doute à leurs besoins de lire des articles rigoureux, dont les thématiques s'ancrent dans une réalité de terrain. Ce numéro sur l'attachement en est une belle illustration.

En se référant à des auteurs qui ont participé aux développements de paradigmes clés dans le champ de la psychologie, E. Bonneville et G. Ducatteeuw rappellent combien les troubles de l'attachement et les carences affectives vécus précocement par un enfant impactent son évolution, son rapport à lui-même et aux autres. En se penchant sur leur profil psychopathologique et leur fonctionnement psychique, E. Bonneville s'adresse aux professionnels engagés auprès d'enfants qui ont subi des traumatismes au cours des premières années de leur vie. L'auteure donne quelques pistes concrètes pour tenter d'appréhender et *faire avec* les comportements

déroutants de certains enfants. Dans son article *De victime à auteur : Impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel*, G. Ducatteeuw s'appuie sur les travaux de M. Ainsworth (l'attachement) et S. Ferenczi (traumatisme et confusion des langues) afin de partager les réflexions cliniques d'une équipe pluridisciplinaire à propos d'un cas singulier.

Dans sa vignette clinique *Pour écouter un enfant, entendons ses dessins*, Diane Drory éclaire en quoi les jeux symboliques ou les dessins d'enfants, quand les mots viennent à manquer, peuvent se révéler être des outils précieux face à des enfants en souffrance.

Ces trois auteurs partagent leurs hypothèses thérapeutiques à partir d'exemples singuliers. Ils démontrent en quoi chaque histoire est différente et pourquoi elles nécessitent que l'on s'y attarde pour tenter de comprendre l'origine des symptômes. À la lecture de cette exploration clinique, les lecteurs sont invités à ne pas figer leurs connaissances. Ils font l'expérience de ce que la *créativité thérapeutique*, couplée à une connaissance rigoureuse des concepts psychologiques, peut révéler des enfants que les professionnels rencontrent au quotidien.

Si l'usage et l'utilité qui peuvent être associés à ce type d'écrit n'est pas à démontrer, il nécessite aussi que des professionnels prennent la plume. Afin d'encourager cette démarche auprès des étudiants dans la filière universitaire, l'Office de la Naissance et de l'Enfance, qui coordonne le CNMI, souhaite valoriser les travaux de fin d'études qui abordent la thématique de la maltraitance infantile à travers une ou plusieurs disciplines : psychologie, sociologie, criminologie, médecine...

Le Prix ONE - CNMI vise donc à susciter l'intérêt des Universités en Fédération Wallonie-Bruxelles afin que ces dernières soutiennent l'investissement des étudiants dans la recherche en matière de maltraitance infantile. Les travaux qui auront une approche novatrice et originale dans le champ de la prévention, de la prise en charge et/ou de la compréhension du phénomène de la maltraitance infantile seront sélectionnés et le meilleur d'entre eux recevra un prix de 1500€. Un article en lien avec sa recherche sera également publié dans la revue.

Le Comité éditorial de la revue souhaiterait offrir une dimension internationale à ce prix en primant, à l'avenir, des travaux rédigés en français, soumis par des auteurs étrangers.

Pour plus de renseignements à ce sujet, nous vous invitons à contacter notre Comité éditorial.

Bonne lecture

Jessica Segers
Responsable SOS Enfants ONE

CARNET CLINIQUE

TROUBLES DE L'ATTACHEMENT ET DE LA RELATION INTERSUBJECTIVE CHEZ L'ENFANT MALTRAITEEmmanuelle Bonneville-Baruchel¹**Résumé**

Cet article présente les troubles de l'attachement et de la relation intersubjective que présentent de nombreux enfants qui ont vécu de façon fréquente et répétée des situations de négligence grave ou de maltraitance. Dans ce contexte, ces enfants ont expérimenté des interactions, sources de vécus émotionnels qui se sont inscrits en eux comme des expériences traumatiques. Après un rappel synthétique des besoins fondamentaux du bébé mettant l'accent sur les

liens d'attachement, la recherche présentée vise à analyser comment les expériences précoces de négligence et de maltraitance, et le système de défense déployé pour la survie psychique pendant une durée excessive, ont généré des troubles graves du développement et du fonctionnement psychique, neurologique et relationnel. L'article aborde enfin des pistes de réflexion pour l'aménagement de l'accueil de ces enfants dans leur environnement quotidien.

Mots-clés : Négligence - Traumatismes psychiques – Attachement

Abstract

This article presents attachment and intersubjective disorders of many children who lived in a way frequent and repeated by the situations of severe carelessness and abuse. In this context, these children's emotional experiences have been traumatic. After a reminder of basic needs, focusing on attachment links his research aims to analyze how these early experiences, and the defense sys-

tem put in place by the child for an excessive length of time, in order to survive on a psychological level, have caused serious disorders both in terms of development, and also at the level of the child's psychological, neurological and social functioning. It also addresses possible areas to consider for the review and improvement for the care of such children, in their daily environment.

Keywords : Carelessness - Psychological trauma - Attachment

¹ Docteur en Psychopathologie et Psychologie clinique – Psychologue clinicienne – Maître de Conférences – Université Lumière Lyon2 / CRPPC.



Cet article est consacré au profil psychopathologique et au fonctionnement psychique particuliers que présentent de nombreux enfants qui ont subi des traumatismes relationnels précoces dans leurs premières années de vie. Il s'agit d'enfants victimes de maltraitance ou de négligence précoce, ayant développé un trouble sévère de l'attachement.

Si tous les enfants qui ont subi des maltraitements et des négligences sévères dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux ne présentent pas ce profil et ce fonctionnement à l'identique, ils concernent une proportion très importante de cette population et méritent donc d'être explorés.

Cet article a pour objectif d'apporter des éléments de compréhension de l'organisation psychopathologique du fonctionnement de ces enfants, de son origine et de ses manifestations dans le registre des relations. Il vise également à proposer quelques pistes de réflexion pour adapter leur prise en charge institutionnelle à la spécificité de leurs troubles.

En effet, la prise en charge de ces enfants est très éprouvante pour les professionnels accueillants, car ils présentent notamment des

troubles sévères de l'attachement qui attaquent fortement la capacité des professionnels à les investir, voire à les supporter au quotidien.

Ces enfants *troublés et troublants* présentent un fonctionnement psychique particulier, qui se manifeste

” Ils confrontent les professionnels à des vécus émotionnels pénibles, car leur mode de fonctionnement relationnel se caractérise par la tyrannie, l'avidité, l'agitation et l'évitement ou l'attaque de la pensée, souvent par la violence pathologique et la destructivité. ”

notamment par des troubles du développement de l'intelligence et des déficits cognitifs (Bonneville, 2007 ; Castellani, Ninoreille et al., 2015 ; Gibello, 1994 ; Gould et al., 2012 ; Lupien et al., 2009 ; Soares-Boucaud & Simon, 2016), des troubles des capacités de pensée élaborative, de la liaison des émotions et de la

tension psychique, du comportement et des capacités relationnelles, donc de socialisation. Ils confrontent les professionnels à des vécus émotionnels pénibles, car leur mode de fonctionnement relationnel se caractérise par la tyrannie, l'avidité, l'agitation et l'évitement ou l'attaque de la pensée, souvent par la violence pathologique et la destructivité.

Ces enfants déroutants obligent les professionnels à *lâcher* leurs représentations habituelles, afin de comprendre d'où viennent leurs difficultés et pourquoi elles s'expriment avec tant de virulence dans des environnements adaptés et bienveillants.



Les adultes qui vivent auprès d'eux sont souvent bouleversés par leurs comportements agressifs, rejetants, ou séducteurs, perçus comme des provocations continues qui poussent à bout, qui poussent même à mettre en œuvre des attitudes violentes, contraires parfois à toute éthique et à tout fonctionnement habituel (Ciccone, 2003).

Il est important de considérer que leur fonctionnement relève essentiellement de la clinique du traumatisme : la répétition compulsive de mode de relation et d'attachement distordus, dominés par l'alternance brutale de phases de collage et de destruction, en constitue un trait caractéristique, établi très précocement.

Nous allons voir que les enfants

QUELQUES RAPPELS

Besoins fondamentaux et enjeux des interactions précoces

Quels sont les besoins relationnels fondamentaux du tout-petit, les enjeux des interactions précoces pour son développement, ainsi que les effets des expériences traumatiques précoces ?

Le risque principal d'une réponse insuffisante ou inadéquate de l'environnement aux besoins fondamentaux du petit enfant, est de constituer une situation de négligence. Cette situation risque de provoquer la perte ou d'entraver la constitution du sentiment de sécurité de base, assise fondamentale de toute dynamique de développement (Bonneville-Baruchel, 2015).

concernés par cet article ont vécu des traumatismes relationnels précoces qui se révèlent dans toutes leurs nouvelles relations (Bonneville-Baruchel, 2015). La plupart ont passé leurs premiers temps de vie dans un environnement caractérisé par le chaos et l'imprévisibilité des relations. Ils ont été confrontés à des mères et/ou des pères en grande difficulté psychique, qui n'ont pu s'accorder à leur bébé, et leur ont fait vivre de façon fréquente et répétée des situations de violence ou de négligence grave. Il s'agit des situations où leurs besoins fondamentaux d'attachement sécurisant, de stabilité, de permanence et de respect de rythmes réguliers n'ont pas trouvé de réponse adaptée. Celles-ci ont constitué autant d'expériences vécues comme des traumatismes.

Le sentiment de sécurité de base

Il faut d'abord préciser la nature et l'importance de ce sentiment, afin de comprendre pourquoi il relève des besoins fondamentaux de l'enfant, à respecter absolument.

Ce sentiment de sécurité, s'il est primordial pendant l'enfance, est commun à tous les âges de la vie et constitue une des conditions de la santé mentale. Il correspond essentiellement à la conscience, voire à la conviction, de disposer d'une base sécuritaire dans sa vie. Un QG, un havre ou un *home sweet home* stable et fiable, dont on peut s'éloigner, mais dont on est sûr qu'on le retrouvera et que l'on peut y revenir se reposer, se ressourcer, se réparer avant



de s'envoler à nouveau affronter et découvrir le monde et la vie.

Pour l'enfant, cette base, dont dépend le sentiment de sécurité, est aussi d'un autre registre essentiel : il s'agit d'une présence, d'un lien d'attachement très fortement investi, stable dans la durée et fiable avec au moins un autre humain, élu pour sa disponibilité continue et sa capacité à le soutenir, le comprendre et le réconforter lorsque celui-ci en a besoin. Un enfant peut avoir plusieurs figures d'attachement. Afin de repérer celle dont nous évoquons ici la fonction, nous l'appellerons la figure de référence : c'est principalement vers elle que se tourne l'enfant lorsqu'il se trouve en état de détresse ou d'inquiétude. En général, pour le bébé et le jeune enfant, c'est sa mère. Mais attention, à ce stade, deux précisions s'imposent : tout d'abord, il s'agit de la mère lorsque c'est elle qui s'occupe le plus souvent de l'enfant depuis sa naissance, en particulier lors des premiers mois, et lorsqu'elle est en état psychique de le faire de façon adéquate. Ce n'est pas toujours le cas. Ensuite, il ne s'agit pas systématiquement de la mère biologique. Dans certaines situations, c'est le père, ou une grand-mère, une grande sœur, un grand-frère, une tante, un oncle, une/un professionnel (une assistante familiale) ou encore un parent adoptif... Il existe une pluralité

de configurations, qui montre encore l'importance d'apprécier singulièrement chaque situation. Mais il faut une personne stable, permanente, disponible, adaptée et empathique, que l'enfant investit, parmi toutes ses relations, comme celle qui le sécurise et le réconforte. Autrement dit, celle qui nourrit, soigne, console et rassure le plus souvent.

Pulsion d'attachement et sentiment de sécurité

” La figure de référence : c'est principalement vers elle que se tourne l'enfant lorsqu'il se trouve en état de détresse ou d'inquiétude. ”

Un état de détresse chez le petit doit très rapidement être apaisé par la figure de référence, pour que l'enfant se sente sécurisé et rétabli dans son sentiment de continuité d'existence et de capacité d'influence sur son sort. Les recherches en neurologie montrent en effet que si cela ne se produit pas, le système cérébral est soumis à des niveaux de stress extrêmes, aux conséquences traumatiques, à terme très dommageables pour son développement (Damasio, 1998 ; Schore, 2001 ; Sroufe, 1996).

Depuis plus de 50 ans, des chercheurs de renommée internationale, tels que M. Ainsworth (1978), J. Bowlby (1969), E. Pickler (1975), R. Spitz (1963), ou plus près de nous, A. Tardos et G. Appel (1998), A. et N. Guedeney (2002), ou E. Tronick (1989), pour ne citer qu'eux, ont mis en évidence par leurs travaux portant sur des centaines de petits, que le besoin de contact avec la figure



de référence, et elle seule, dans ce contexte, est un des besoins fondamentaux de l'enfant. Le contact réconfortant avec la figure de référence en cas de détresse est donc aussi important que d'être nourri, vêtu, soigné.

J. Bowlby propose de considérer l'attachement comme un besoin primaire, un comportement instinctif, biologiquement déterminé, qui dérive de la pulsion d'agrippement.

Ce comportement d'agrippement est présent chez les petits de toutes espèces. Il est au service de la survie : il permet une proximité physique avec la mère, qui garantit chaleur, sécurité, alimentation. Chez toutes les espèces, la figure de référence à laquelle le petit cherche à s'agripper pour survivre est en général sa mère, parce qu'elle est la plus familière au petit depuis l'anténatal. Mais il n'est pas nécessaire que ce soit la mère biologique. Il s'agit de celui ou celle qui s'occupe le plus souvent de lui depuis sa naissance et qui est en état de le faire de façon adéquate.

Depuis quelques années, et les travaux de D. Anzieu (Anzieu, 1990) et B. Golse (Golse, 2004), on reconnaît chez l'humain l'existence d'une pulsion d'attachement. En effet, la survie du petit d'homme immature et vulnérable dépend de la possibilité de *s'agripper psychologiquement* à

l'adulte qui prend soin de lui. La pulsion d'attachement a donc remplacé l'agrippement, et le petit d'homme déploie très vite, très tôt, des comportements visant à conserver la proximité physique avec cet adulte.

L'attachement est défini comme le lien émotif s'établissant entre un enfant et sa figure de référence, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer à ce dernier soins et protection. Ce lien, constitué à un niveau primitif, bien avant

” L'attachement est défini comme le lien émotif s'établissant entre un enfant et sa figure de référence, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer à ce dernier soins et protection. ”

la maturation des capacités verbales ou de raisonnement, résiste au temps et à l'espace. Il ne peut pas être modifié par les expériences ultérieures de liens interpersonnels (Archer & Burnell, 2008 ; Guedeney & Guedeney, 2002).

L'attachement au donneur de soins principal, à la figure de référence, sert de base de sécurité à l'enfant pour explorer l'environnement. La disponibilité de l'adulte, la qualité des soins dispensés, le caractère approprié et ajusté des réponses aux signaux de l'enfant, concourent à créer chez le bébé, au fur et à mesure qu'il voit ses besoins comblés, l'émergence progressive d'un sentiment de sécurité et de confiance en sa valeur personnelle.

Plus longue est la période passée sans un lien d'attachement stable et adéquat, plus les possibilités de rattrapage sont limitées (Steinhauer,



1996). En effet, les modèles ou types d'attachement peuvent se figer.

Les types d'attachement : un modèle pour les relations à venir

Dès 1944, l'étude de la carence de soins adéquats dans les premiers temps de vie a servi de base à l'élaboration de la théorie de l'attachement chez J. Bowlby (Bowlby, 1944). Selon ce chercheur, l'enfant développe et intériorise dès la petite enfance un modèle d'attachement particulier, en fonction de l'attitude de sa figure de référence à son égard. A partir de ces premières expériences relationnelles, l'enfant construit des représentations de base de lui-même, de l'autre et de la relation, qui resteront des références pour toutes les nouvelles relations fortement investies qu'il établira par la suite.

On parle de types d'attachement : l'enfant qui n'a pu bénéficier dans les premières années de sa vie d'une figure apte à favoriser l'apparition de liens d'attachement, se détourne peu à peu de la relation pour devenir complètement détaché. L'enfant se montre peu disposé à aimer, se liant de façon superficielle aux adultes qui deviennent alors facilement interchangeable à ses yeux (Steinhauer, 1996). Ou encore, l'enfant développe des attitudes de cramponnement tyrannique à sa figure de référence ; il cherche à la contrôler

et ne supporte pas de perdre son attention et le contact physique avec elle. Lorsque les enfants vivent des situations de négligence ou de maltraitance, la représentation de base d'eux-mêmes est négative : ils se sentent non-désirables et non-aimables. La représentation de base de l'adulte de référence est celle d'un objet qui ne se préoccupe pas, qui rejette voire qui persécute (Berger, Bonneville, 2007).

En 1978, M. Ainsworth et coll. différencient 3 types d'attachement (Ainsworth, Bleahernn, Waters, Wall, 1978); chaque type d'attachement est associé à la réponse plus ou moins sensible, plus ou moins appropriée et rapide de la figure de référence aux signaux de détresse du bébé. Ils proposent les types d'attachement sécure, insécure évitant, et insécure ambivalent-résistant. Pour les types d'attachements insécures, l'enfant a toutefois été confronté à une stabilité dans les réactions de la figure de référence, ce qui lui a permis de développer des stratégies.

Chaque type d'attachement est associé à la réponse plus ou moins sensible, plus ou moins appropriée et rapide de la figure maternelle aux signaux de détresse de son bébé. En effet, l'attitude de l'enfant dans la situation étrangère reflète sa perception de la réponse attendue de la mère (Guedeny & Guedeny, 2002).

„ Chaque type d'attachement est associé à la réponse plus ou moins sensible, plus ou moins appropriée et rapide de la figure maternelle aux signaux de détresse de son bébé. „



L'attachement sécurisant

Il serait favorisé par les mères qui traitent leur enfant avec sensibilité. Les enfants sécurisés recherchent spontanément la proximité et le contact avec la mère ; ils recherchent immédiatement le contact avec elle à son retour. Une fois pris dans les bras, ils se montrent rapidement réconfortés, et acceptent rapidement de retourner à leurs jeux. Ces enfants démontrent peu d'anxiété et un état d'apaisement s'installe vite au retour de la mère.

Ces bébés manifestent déjà à cet âge une confiance qui leur permet de réduire leur état de stress une fois réconfortés par leur mère. La relation sécurisante à leur mère fait en sorte qu'ils se montrent plus disponibles pour explorer leur environnement et à mieux s'y adapter. Ils font preuve d'une relativement bonne estime de soi, ainsi que de capacités à faire appel à l'environnement lorsqu'ils en ont besoin. Le pattern de sécurité est caractérisé par la détresse lors de la séparation d'une part, et d'autre part, le plaisir et la réassurance lors des retrouvailles. Il reflète un modèle interne opérant où l'adulte est perçu comme pouvant réconforter l'enfant. Cet attachement sécurisant serait présent chez environ 62% de la population.

Guedeney précise toutefois que l'attachement sécurisé n'est pas fixé : il peut devenir (temporairement ou chroniquement) insécure si les qualités et les conditions d'environnement changent, notamment en cas de traumatismes ou de deuil (Guedeney, Dugravier, 2006).

L'attachement évitant

Les enfants évitants sont caractérisés par un évitement du contact avec la figure maternelle et de sa proximité. Ils ne réagissent pas au départ de leur mère et même s'ils remarquent son retour, ils présentent des réponses d'évitement comme (de) lui tourner le dos ou (d')éviter de la regarder. Ils ne cherchent pas non plus le contact physique avec elle à son retour. Ils n'accueillent pas leur mère et les tentatives de rapprochement ne servent à rien. Si la mère cherche à les prendre dans les bras, il arrive qu'ils se renversent en arrière ou se contorsionnent pour rejoindre le sol. Il arrive fréquemment qu'ils se détournent de leur mère pour porter leur attention vers un jouet ou un objet éloigné, voire une personne étrangère à qui ils témoignent une familiarité incongrue. Ils tendent à masquer leur détresse émotionnelle, ou à se sentir invulnérables, et semblent considérer qu'on ne peut pas faire confiance aux autres. Ils essaient de garder le contrôle dans les situations de détresse, en diminuant la réactivité du système d'attachement, et en réduisant l'émission de signaux de détresse en direction de l'environnement.

J. Bowlby utilise la réponse d'évitement pour indiquer que déjà à 12 mois, certains enfants n'expriment plus à leur mère certaines de leurs plus vives émotions, pas plus que le désir profond de réconfort et la confiance qui l'accompagne (Bowlby, 1944).



L'attachement ambivalent-résistant

Les enfants ambivalents ou résistants éprouvent un intense besoin de se coller à la mère, ce qui entrave leur capacité à explorer leur environnement. Ces bébés semblent intensément affectés par la séparation et se montrent très ambivalents à l'égard de leur mère lorsqu'ils la retrouvent. Ils désirent être tout près d'elle, mais sont en colère contre elle et n'arrivent pas à se calmer. Ils semblent résister à leur besoin d'être réconfortés. Ils s'accrochent, ne veulent pas être remis par terre, manifestent des gestes de colère et tardent à retrouver leurs jeux. Ces enfants semblent avoir intériorisé l'image d'une mère répondant de façon inconstante à leurs besoins.

L'enfant ambivalent résistant, qui démontre de la détresse à la séparation mais n'est pas réconforté lors des retrouvailles, apparaît avoir adopté la stratégie d'exagérer l'affect dans le but d'avoir l'attention du donneur de soin. Il adopte une stratégie d'augmentation du système d'attachement et d'augmentation des signaux de détresse. Ces enfants représentent environ 9% de la population.

A ce stade, il est important de considérer que les types d'attachement insécures (résistant ou évitant) ne sont pas considérés comme des catégories cliniques indiquant un problème de mésadaptation sociale chez les enfants. Elles ne sont pas en elles-mêmes synonymes de pathologie. Ce sont des formes d'adaptation, des stratégies adaptatives

des individus à leur milieu social, qui ne conduiront pas forcément à des problèmes ultérieurs, bien que l'insécurité soit davantage associée à la psychopathologie, et la sécurité à la résilience post-traumatique.

M. Main et ses collaborateurs (Main & Hesse, 1990) ont étudié le principe d'interrelation entre les modes d'attachement et le type de figures parentales intégrées. Ils ont trouvé que le type *sécuré* serait associé à des figures parentales libres et autonomes, tandis que le type *insécure évitant* correspondrait à des figures parentales détachées vis-à-vis de leurs propres expériences d'attachement. Le type *insécure-résistant ou ambivalent* serait corrélé à des figures parentales préoccupées. La façon de prendre soin du bébé qui en découle – insensible, contrôlante ou contradictoire – serait bimodale, reflétant les auto-représentations mentales bimodales et séparées de la figure d'attachement.

M. Main ajoute un 4ème type dans les années 90 : l'attachement désorganisé-désorienté (Main & Hesse, 1990).

L'attachement désorganisé-désorienté

Contrairement aux enfants sécurés ou insécures évitants et ambivalents-résistants, les enfants désorganisés-désorientés ne semblent pas avoir développé de stratégies adéquates pour gérer le stress de la séparation. Au moment des retrouvailles après une séparation avec leur figure de référence, ils présentent des réactions individuelles variables. L'enfant peut demeurer



pétrifié, immobile, tomber face contre terre, avoir des stéréotypes ressemblant à des tics, ou montrer simultanément des modèles de comportements contradictoires, comme marcher en détournant la tête. Souvent, on peut observer un mouvement vers l'adulte qui est freiné et détourné à la dernière minute. Les comportements de l'enfant trahissent son incapacité à faire face et à résoudre la situation de stress car la figure de référence est à la fois source d'anxiété et de sécurité. Ceci mène à un effondrement des comportements d'attachement organisés. L'enfant ne peut ni s'agripper (stratégies sécurisés et résistantes ambivalentes), ni détourner son attention (stratégies évitantes).

Plusieurs recherches (Main, 1986 ; Main & Hess, 1990 ; Schore,

” Plusieurs recherches ont montré que les enfants qui présentent un type d'attachement désorienté-désorganisé ont été confrontés à des figures de référence très angoissées ou très effrayantes, et qu'ils ont souvent subi de mauvais traitements. ”

1994 ; Solomon & George, 1999) ont montré que les enfants qui présentent un type d'attachement désorienté-désorganisé ont été confrontés à des figures de référence très angoissées ou très effrayantes, et qu'ils ont souvent subi de mauvais traitements. Selon ces recherches,

la classification désorganisée-désorientée est associée à la maltraitance de l'enfant, ainsi qu'à des traumatismes non résolus dans l'histoire du parent. La prévalence de l'attachement désorienté-désorganisé semble également fortement associée à la présence de facteurs de risque dans la famille comme la maltraitance, la dépression majeure ou le trouble bipolaire, l'alcoolisme et la toxicomanie (Archer & Burnell, 2008 ; Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi, 1993 ; Guedeney & Dugravier, 2006).

LA CLINIQUE DES ENFANTS AYANT VÉCU DES MALTRAITANCES PRÉCOCES ET AYANT DÉVELOPPÉ UN TROUBLE SÉVÈRE DE L'ATTACHEMENT

Considérons à présent les troubles que peuvent présenter les enfants concernés par cet article, de façon à mieux les repérer.

Un fonctionnement issu de la confrontation précoce prolongée à des situations de négligence et de maltraitance, sources de traumatismes psychiques

Certains enfants ont vécu dans leurs premiers temps de vie des expériences terrifiantes et des séries de rencontres manquées dans les relations avec leur entourage : soit parce que leurs parents étaient imprévisibles et très angoissants pour eux, soit parce qu'ils se trouvaient seuls, impuissants face à leurs états émotionnels, sans trouver d'aide, de réconfort ni de reconnaissance



de leurs états subjectifs de la part d'un adulte empathique et secourable. Autrement dit, ils ont été traumatisés par des répétitions de séquences interactives d'attachement manquées.

Ces émotions vécues dans la solitude ont déclenché des états de tension et d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique. Or, Freud a indiqué dès 1920 que c'est ce phénomène qui crée le traumatisme (Freud, 1920).

Par ailleurs, plus le sujet est jeune, moins son appareil psychique et son cerveau sont structurés, outillés pour ces fonctions de liaison et de régulation. Ainsi la vulnérabilité d'un enfant aux expériences traumatogènes est proportionnelle à son immaturité. En ce sens, les trois premières années de vie d'un enfant correspondent au stade le plus critique.

Les troubles que présentent ces enfants sont issus de la confrontation répétée à ces expériences traumatiques, mais ils sont aussi l'expression de la construction psychique particulière qu'ils ont dû développer, pour tenter de palier leurs effets.

Au-delà des carences, un développement psychique et neurologique particulier

Les enfants concernés par cet article n'ont pas bénéficié des relations qui auraient dû leur permettre de se constituer les grandes fonctions psychiques susceptibles de traiter les expériences et de ne pas être débordés par les émotions qu'elles suscitent.

” Les ratés successifs dans les interactions précoces, ainsi que les expériences de stress extrêmes répétées, non suivies d'expériences de réconfort, ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et du contrôle de l'impulsivité. ”

D'autre part, les recherches récentes en neurologie (Heckman, 2007 ; Tremblay et coll., 2004 ; Van der Kolk, 1996) montrent que les ratés successifs dans les interactions précoces, ainsi que les expériences de stress extrêmes répétées, non suivies d'expériences de réconfort, ont une incidence sur la constitution des fonctions cérébrales responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et du contrôle de l'impulsivité. Soit les connexions neuronales ne se développent pas dans les zones du cerveau qui correspondent à ces fonctions, soit elles sont auto-détruites, selon un processus de défense extrême contre la souffrance issue d'éprouvés de stress trop fréquents. L'imagerie moderne permet aujourd'hui de voir un défaut de densité ou de véritables zones noires. En conséquence, on observe par



exemple que ces enfants paraissent ne pas percevoir les sensations de chaleur, de froid, de douleur, de faim, de satiété, de soif, de douleur, de fatigue, etc. Ils ont également beaucoup de difficultés à contenir leurs impulsions.

On peut dire que ces enfants, habituellement qualifiés de *tout-puissants*, sont en réalité plutôt *tout-impuissants*, pour reprendre une expression de René Roussillon, face au surgissement en eux de la violence, du désir ou de la souffrance. Ils ne peuvent pas s'empêcher de frapper, de coller, ils ne savent pas différer, attendre, renoncer, dans le sens où ils n'ont pas les moyens psychologiques et neurologiques d'y parvenir. Ainsi leurs comportements ne sont pas de l'ordre de la malveillance...

Certes, il *manque* à ces enfants certaines des fonctions psychiques indispensables au bon fonctionnement mental, mais il faut considérer qu'il n'y a pas de *trous*, de *vides* à l'endroit de ces fonctions : ces enfants se sont simplement construits différemment. Ils n'ont pas eu d'autre choix que de développer des systèmes substitutifs et défensifs, qui leur permettent de survivre psychologiquement et de gérer leurs états émotionnels.

Ces systèmes sont efficaces, mais ils sont pathologiques parce qu'ils leur posent d'autres problèmes, notamment pour leur vie sociale, et qu'ils sont sources de souffrance.

Cependant, ces enfants ne peuvent pas percevoir d'emblée que leur fonctionnement est inadéquat et nocif : ils n'en connaissent pas d'autres et celui-ci a au moins le mérite de leur fournir une organisation et des repères.

Troubles graves des capacités de relation

Les signes indicateurs sont repérables dès que l'on tente d'entrer en contact direct avec eux, que ce soit physiquement, ou verbalement, voire pour certains, par le simple regard, car ce type de contact, à visée de rapprochement, d'amorce relationnelle, éveille une excitation très importante.

Ils répondent rarement lorsque l'on tente de s'adresser à eux et il est très difficile de *capter* leur regard, on ne peut que suivre des yeux leurs déplacements brusques, maladroits et peu coordonnés. D'autres paraissent s'envelopper dans un murmure de mots inintelligibles ; d'autres encore se livrent parfois à une orgie hurlée d'insultes et de mots grossiers. Cela peut faire penser à ces chiens de garde qui aboient et montrent les crocs dès qu'un étranger qui leur fait peur passe à proximité.

Ils n'ont pas d'amis de leur âge, ou très peu : les autres fuient leur tyrannie car ils peuvent devenir violents si les enfants n'acceptent pas le *jeu* (mais on peut se demander s'il s'agit vraiment de *jeu*) et les règles qu'ils décident et modifient toujours à leur avantage. Les autres enfants



redoutent également leur brutalité (les *jeux* dégénèrent très vite en manœuvres sadiques, où prédominent les attitudes de forçage et d'intrusion) ainsi que leur agitation. Souvent, ils cherchent à *jouer* avec des enfants beaucoup plus jeunes, à l'aise dans des jeux de petits, et sûrs de pouvoir gagner ou imposer facilement leurs directives.

Le langage est souvent utilisé pour le bruit qu'il produit : certains parlent continûment, enchaînant les questions sans attendre de réponse, passant du coq à l'âne : ils produisent un flot de paroles continu et envahissant qui ne laisse aucune place à l'expression de l'autre. Du côté de celui qui assiste à ces comportements, un sentiment d'agression semble émerger dans le champ perceptif. En situation de groupe, ils parlent sans s'arrêter. Ils ont toujours quelque chose à dire, à raconter. Souvent c'est inintéressant, et on s'aperçoit qu'ils inventent au fur et à mesure : l'enjeu est de monopoliser l'attention, surtout si un autre enfant est en train de raconter quelque chose d'intéressant. *Et moi, et moi... moi aussi... moi c'est pire, moi c'est mieux...*

La plupart de ces enfants vont également avoir de grandes difficultés à supporter la frustration, la contradiction ou les contraintes. Cela déchaîne de véritables crises de larmes ou de rage, durant les-

quelles ils peuvent chercher à détruire tout ce qui leur tombe sous la main, ou s'infliger des coups ou des blessures.

La relation à leur figure d'attachement ne paraît tolérable que dans le maintien de l'illusion d'un contrôle absolu. Ils sont très *accrochés* à leur objet d'attachement qu'ils sollicitent en permanence d'une manière ou d'une autre. L'éducateur, l'assistant familial, la maîtresse ou le maître, le professeur au collège, deviennent très vite une figure d'attachement, c'est-à-dire une personne très investie sur le plan

” Ils développent des attitudes d'évitement et de contrôle, ou des attitudes de collage et d'emprise despotique, à l'origine de comportements tyranniques. ”

affectif, compte-tenu du temps que l'enfant passe à leur contact. Ils sont l'objet d'un *transfert affectif* très fort, comme en témoigne le lapsus fréquent chez les petits appelant leur maîtresse *maman* !

Certains enfants tolèrent très difficilement que l'attention de l'adulte se détourne d'eux pour se porter sur autre chose, fût-ce pour une minute. Ils font preuve d'une avidité massive, utilisent toutes les stratégies pour obtenir une attention exclusive, surtout lorsqu'ils se sentent *en compétition* avec d'autres enfants. Ils développent des attitudes d'évitement et de contrôle, ou des attitudes de collage et d'emprise despotique, à l'origine de comportements tyranniques.



Ils ne supportent pas la confrontation à la différence, donc à l'individualité et à la séparabilité, de leur figure d'attachement. Il faudrait que celle-ci soit à leur disposition exclusive en permanence. Ils supportent très mal que l'attention de leur objet se détourne d'eux ne serait-ce qu'un instant, a fortiori pour s'occuper d'un autre, ou qu'il se dérobe ou se refuse à la satisfaction de leurs exigences. Ils les sollicitent, les touchent, les sentent en permanence, les suivent

jusque dans les toilettes, surveillent leurs moindres faits et gestes, font une bêtise dès qu'ils se sentent lâchés du regard. Ils ont tendance à se coller à quelques centimètres de leur visage et à agripper leurs membres ou leurs vêtements pour leur parler. La plus infime frustration déclenche un débordement d'angoisse automatique qui suscite une explosion de rage, une crise de larmes ou un repli dans une bulle autistique.

QUELQUES VIGNETTES CLINIQUES

Noé et Irène enroulent fréquemment un bras ou une jambe autour de leur objet, ou tripotent une mèche de ses cheveux, lorsqu'ils se trouvent à côté de lui. Damien surveille sans relâche ce que font et où se trouvent les adultes qui s'occupent de lui. S'il ne les colle pas physiquement en les suivant partout, il se poste dans un couloir, endroit stratégique de la maison d'où il peut voir toutes les pièces et leurs occupants. Il ne supporte pas le moment de la douche, car il lui faut s'isoler et lâcher le contact perceptif avec les adultes. Il est incapable de rester seul, et de se poser spontanément sur une activité. Il faut qu'un adulte lui indique ce qu'il doit faire et s'assise à ses côtés pour qu'il puisse lire, dessiner ou faire un jeu.

Jacques se met en danger dès qu'il a la sensation de perdre l'attention de son assistante familiale ou de son éducatrice. Il se met dans la peau d'un super-héros et se lance dans des escalades ou des sauts périlleux entre deux chaises,

du haut d'une table. Il se jette sur les personnes, s'agrippe à elles. Ce jeu répétitif de sauts par-dessus des distances dangereuses paraît correspondre à un besoin de représenter et de maîtriser la situation psychique à laquelle le confronte la perception de la différenciation et de la séparation de l'objet par son éloignement : le vide que crée l'absence, le danger du manque et le risque fantasmatique de chuter, d'être aspiré dans un gouffre, ainsi que ses tentatives de réassurance par l'agrippement.

Nourredine produit le même type de réaction explosive à la perte du contrôle de son objet. Lorsqu'il est contrarié, le plus souvent lorsque son assistante familiale le laisse quelques instants, lui refuse ou lui impose quelque chose, il cherche à frapper tout ce et ceux qui se trouvent à sa portée en hurlant : *méchant ! méchant !*. La persévérance déclenche une série d'insultes, de coups dans les murs et les objets. Dans ces moments où il paraît hors



d'atteinte, il lui faut 10 à 15 minutes pour s'apaiser sous l'effet de l'épuisement.

Au-delà de l'agitation motrice désordonnée, on perçoit la menace d'une totale désintégration vécue par l'enfant. Les comportements évoquent une lutte intense contre le danger de l'impuissance et la dissolution de son moi. Toute exigence à leur égard suscite d'abord chez ces enfants une très grande anxiété inélaborable, qui déclenche l'activation d'un modèle interne en réaction défensive d'agrippement et d'attaque, ainsi qu'un débordement qui se traduit souvent par des *crises de colère*. Cependant, l'expression de cette terreur première est extrêmement fugitive ; il est difficile de la déceler et d'en saisir le caractère originaire, car elle est très rapidement recouverte par ce qui peut être identifié comme des manifestations de rage.

Lucie a été gravement négligée par des parents très démunis sur le plan intellectuel avant que sa mère disparaisse sans laisser d'adresse et que sa sœur aînée et elle soient confiées à une famille d'accueil. Elle ne réagit pas par une explosion rageuse aux moments où elle a le sentiment de perdre le contrôle de son objet et d'être abandonnée, mais elle met en œuvre un compor-

” Ces comportements induisent des effets rapidement insupportables chez ceux qui les subissent, et les conduisent généralement à deux styles de réponses. Soit ils tendent à isoler l'enfant. Soit ils cèdent à la volonté de l'enfant et désinvestissent le conflit. ”

tement équivalent, tout en signifiant les dimensions supplémentaires du vécu en jeu. Elle fait sur elle sans rien dire à personne, s'exhibe ainsi souillée, empuantissant l'atmosphère, jusqu'à ce que son éducatrice ou son assistante familiale le remarque et la change. Elle peut faire cela plusieurs fois par jour. Une variante consiste à cacher des morceaux de papier toilette souillés dans différents endroits de la maison : sa chambre, la salle de bain, sans en parler à personne, ce qui contraint son assistante familiale à passer beaucoup de temps à fouiller pour les retrouver et à nettoyer la maison. Elle montre ainsi des identifications à différentes représentations de base, issues de ses premières expériences d'attachement: l'une correspondait au bébé repoussant, non-aimable ; une autre au bébé abandonné et terriblement en détresse : littéralement, ce bébé

abandonné est *laissé dans la merde*, par un objet insouciant, négligeant la conservation et les soins. Enfin, une autre correspond au bébé rageur, plein de haine, qui désire produire les mêmes ressentis chez son objet persécuteur, en contaminant son espace intérieur. La maison, les différentes pièces où elle cache les papiers souillés représentent

l'intérieur de cet objet, investi sous l'égide de l'identification projec-



tive et du fantôme du claustrum (Meltzer, 1999).

Ces comportements induisent des effets rapidement insupportables chez ceux qui les subissent, et les conduisent généralement à deux styles de réponses. Soit ils tendent à isoler l'enfant loin de leur champ perceptif, *pour qu'il se calme*, mais surtout pour tenter d'éviter d'agir à son encontre les pulsions violentes que la confrontation mobilise. Soit ils cèdent à la volonté de l'enfant et désinvestissent le conflit, ce qui a pour conséquence de faire cesser la violence mais pas l'agitation. L'assistante familiale de Kevin, réagit habituellement de cette façon. Elle dit à ce propos : *Je finis par abandonner, il a gagné*. Elle décrit avec amertume comment Kevin lui paraît alors exulter, elle-même étant en proie à des sentiments paradoxaux et pénibles : à la fois *déprimée parce qu'il me mène par le bout du nez et que ça ne me ressemble pas*, mais *soulagée qu'il se taise et s'arrête*, enfin *coupable parce que je sens bien que ce n'est pas ce que je devrais faire, je ne lui rends pas service en lui passant tout, mais c'est mon besoin de tranquillité qui a pris le dessus*.

L'assistante familiale de Nourredine quant à elle, réagit plutôt selon la première modalité. Les comportements du petit garçon lui sont tout aussi insupportables, mais elle met *un point d'honneur à ne pas (se) laisser faire*. Elle semble parler d'un enfant beaucoup plus âgé, voire d'un adulte, comme si effectivement les différences de générations et de positions étaient gommées, ou plu-

tôt balayées par la violence de ce que l'interaction lui fait éprouver. *S'il croit qu'il peut commander, il se trompe. Il verra que je suis plus forte que lui à ce jeu-là. S'il tape, je tape, il faut qu'il comprenne : œil pour œil, dent pour dent ; ou je l'enferme à clé dans sa chambre et je m'éloigne, parce que ça pourrait aller trop loin. Là il hurle et il tape la porte. Mais ça ne dure pas. Il se calme tout seul. (Lorsqu'on lui demande combien de temps avant qu'il s'arrête) Pas longtemps, pas plus d'une demi-heure (sic !)... Heureusement, parce que s'il croit que je vais aller le consoler, alors qu'il a été si méchant avec moi...*

Il faut savoir que Nourredine a vécu jusqu'à l'âge de 18 mois avec une mère gravement délirante qui le laissait des heures durant dans son lit, dans une chambre obscure. Cette femme a expliqué qu'elle ne répondait pas à ses faibles appels, mais s'occupait de lui quand ses voix lui disaient de le faire, et surtout quand il ne pleurait pas. Ses cris étaient très pénibles pour elle, si bien qu'elle avait décidé de lui apprendre à ne pas réclamer en ne satisfaisant ses besoins que lorsqu'il ne criait pas. Lorsqu'il est arrivé chez son assistante familiale, Nourredine était un bébé à *tête plate*, mutique, une poupée de chiffon au visage fermé de *petit vieux*. Il présentait des stéréotypies inquiétantes, principalement des balancements, et des agrippements aux barreaux du lit. L'assistante familiale l'a alors beaucoup investi, sur le mode du *sauvetage*. On peut dire qu'il a rapidement évolué dans le sens où il



est sorti du retrait relationnel, et a accompli de gros progrès en termes de développement. Mais l'hyperkinésie a rapidement remplacé l'hypotonie, l'agrippement relationnel la tendance au retrait.

Lorsqu'on pointe à l'assistante familiale, avec précautions, les effets de résonance de ses conduites réactionnelles avec le fonctionnement maternel qu'a subi Nourredine, elle est tout à fait bouleversée. Elle peut dire qu'elle ne s'en rendait pas compte, mais qu'elle ne sait pas comment agir différemment. *Il me pousse à bout. Jamais je n'ai été comme ça avec les autres enfants que j'ai eus. Pourtant, après tout ce que j'ai fait pour lui...* Elle peut alors dire que sa colère contre lui dans ces moments-là est à la mesure de sa déception...

Enfin, une des caractéristiques fondamentales de la détresse de ces enfants réside dans le fait qu'ils paraissent ne pas pouvoir tolérer que l'on soit bien disposé à leur égard : plus on tente de faire preuve de prévenance, de patience, de compréhension et d'indulgence, plus leurs attitudes de contrôle s'accroissent. Ils manifestent de l'envie et de l'avidité à l'égard d'un adulte qui serait totalement à leur disposition, mais ils semblent ne pas pouvoir profiter de cette disponibilité. Ils peuvent réclamer *à corps et à cris* une satis-

faction qu'ils ne peuvent pas investir lorsqu'ils l'obtiennent.

Cette quête semble consister principalement dans un point d'appui, voire d'agrippement, physique sur l'adulte, en-deçà du besoin d'enveloppe. Ces enfants recherchent un contact perceptif concret, mais ils ne peuvent pas l'utiliser pour vivre une expérience apaisante. Ils semblent chercher le soutien de l'adulte comme *un étai physique*, mais ne supportent pas leur position passive dans *l'enveloppement* psychique

” Une des caractéristiques fondamentales de la détresse de ces enfants réside dans le fait qu'ils paraissent ne pas pouvoir tolérer que l'on soit bien disposé à leur égard. ”

(intervention contenant et limitante), ou dans *l'enveloppement* physique de ses bras. Dès qu'ils y sont confrontés, ils sont très angoissés par ce contact *corps à corps*. En effet, celui-ci déclenche une flambée pulsionnelle, un envahissement fantasmatique

incontenable, sources d'angoisses extrêmes. Ils cherchent donc à s'agripper, s'appuyer activement, mais redoutent d'être eux-mêmes contenus. Les mouvements d'emprise doivent être à sens unique.

La relation à l'adulte est à la fois extrêmement attractive et extrêmement angoissante pour ces enfants. Elle est donc à la fois objet de désir et de terreur. Ils perçoivent l'adulte comme éminemment séduisant et dangereux, en tout cas non-fiable et imprévisible, de sorte qu'ils se sentent tenus de le contrôler en permanence. Ceci implique une position



d'hypervigilance constante, et accroît une perméabilité extrême aux perceptions. Ils ne peuvent pas faire abstraction des *stimuli* extérieurs car ceux-ci sont toujours inquiétants. Ainsi toute leur énergie et leur attention sont absorbées par la surveillance de ce qui se passe autour d'eux et le déploiement de défenses vis-à-vis des effets internes.

Ils sont incapables de tolérer de ne pas contrôler leur environnement, encore moins de s'en remettre à un adulte pour assurer leur protection. Ceci parce que leurs premières expériences dans ce domaine ont été tellement désastreuses qu'ils refusent absolument de revivre la position de dépendance vis-à-vis d'un autre, et développent par conséquent un recours abusif aux fantasmes d'omnipotence. Ils ne peuvent donc ni se concentrer sur un apprentissage, ni même admettre qu'un autre puisse leur apprendre quelque chose, dans la mesure où cela reviendrait à reconnaître qu'ils ne maîtrisent pas tout.

Excitation et agitation

Beaucoup de professionnels engagés auprès de ces enfants souffrent de leur agitation extrême et constante. Ils décrivent des comportements difficiles à supporter au quotidien. Or, ces comportements sont le résultat du seul moyen dont disposent ces enfants pour tenter de gérer leurs états émotionnels, leurs états d'angoisse et d'excitation.

N'oublions pas qu'ils n'ont pas reçu dans leurs premiers environnements de quoi construire les fonctions psychiques qui permettent de le faire sans troubles du comportement, et qu'ils sont beaucoup plus sensibles et perméables à l'excitation et à l'angoisse que les autres enfants. Leurs troubles sont de l'ordre du handicap, non de la malveillance ou de la perversion.

J'ai rappelé tout à l'heure que ces enfants sont extrêmement sensibles et vulnérables aux excitations, et qu'ils n'ont pas les moyens psychiques de les traiter. Ils risquent donc en permanence d'être débordés par la tension déclenchée par leurs expériences et donc de subir de nouveaux traumatismes. Les enfants ayant vécu des situations de maltraitance ou de négligence ne disposent pas des outils de traitement dont disposent d'autres enfants du même âge et les adultes. Ainsi une expérience qui serait anodine pour un autre enfant qui n'aurait pas eu le même vécu précoce et pour la plupart des individus n'est pas du tout perçue et ressentie de la même façon par ces enfants. La charge de tension qu'elle suscite est bien plus importante pour eux et son effet bien plus perturbant. On ne peut donc pas projeter nos ressentis, et il est difficile de s'identifier à eux. On peut avoir du mal à comprendre certaines de leurs réactions qui nous semblent disproportionnées au regard de la situation qui les déclenche.

Selon leur état interne, ces enfants paraissent soit complètement



déconnectés, sans émotion, sans expression, repliés dans une *forteresse narcissique* défendue par une capsule-carapace, soit hypersensibles et hypervigilants à ce qui se passe autour d'eux. Dans cette configuration, ces enfants se créent une enveloppe substitutive d'agitation motrice et verbale : ils parlent et s'agitent sans arrêt pour tenter de s'auto-calmer et de s'auto-exciter à la fois, pour ne pas subir d'excitations qui viendraient de l'extérieur.

Cela peut paraître paradoxal, mais cela correspond au principe des contre-feux allumés par des pompiers pour maîtriser un feu de forêt. L'agitation est le moyen de circonscrire et de se débarrasser d'un excès de tension intérieure, mais aussi de se procurer des sensations d'existence et de corps unifié dans le mouvement. C'est la forme de

gestion de l'excitation la plus primitive : dans et par le corps et les sensations corporelles (Green, 1994). D'autre part, s'envelopper de bruits et de sensations auto-produites évite de percevoir et d'être débordé de façon passive par les excitations venant du dehors. Ceci donne lieu aux processus de décharge, d'expulsion par la motricité, imposés par un état d'intense détresse psychique.

Mais le procédé est sans fin car l'auto-excitation n'est pas un travail psychique, elle ne permet pas l'intégration de l'expérience : c'est une défense. Elle peut être nécessaire et utile car elle sert de *soupage* et de *contre-feu*. Elle peut en ce sens avoir une valeur protectrice, mais elle ne peut apporter de réponse durable aux excitations internes, car elle ne transforme rien.

QUELQUES PISTES POUR L'ACCUEIL AU QUOTIDIEN

Les enfants concernés par cet article, qui ont subi des situations de négligence et de maltraitances

graves pendant leurs premières années de développement, ont besoin d'une prise en charge psychothérapeutique spécifique, que je choisis de ne pas développer ici, du fait de l'ampleur des éléments à considérer. J'ai eu l'occasion de présenter une proposition de modèle psychothérapeutique dans d'autres publications (Bonneville-Baruchel, 2012 ;

” La condition primordiale à l'investissement des soins psychiques est de bénéficier d'une stabilité relationnelle dans leur environnement quotidien. ”

Bonneville-Baruchel, 2015). Mais la condition primordiale à l'investissement des soins psychiques est

de bénéficier d'une stabilité relationnelle dans leur environnement quotidien. Voici quelques pistes, présentées sous forme d'étapes, qui peuvent permettre à celui-ci de résister (au sens winnicottien du terme) à l'expression de leurs troubles, organisés par la déliaison et la destructivité.



La première étape est de bien comprendre la nature des difficultés de ces enfants, et de pouvoir les appréhender comme étant de l'ordre du handicap et non de la malveillance.

Il est intéressant de *penser petit* : s'inspirer, en les adaptant, des méthodes qu'utilisent les professionnels des premières années de maternelle peut être très utile. Par exemple, tous les rituels qui scandent les moments de début et de fin d'activité, tous les matériels permettant aux enfants de comprendre, d'apprendre les différents moments qui rythment la vie quotidienne, puis de pouvoir les repérer, ainsi que les personnes présentes dans ces différents moments, sont importants : ils sont rassurants pour l'enfant. Ce sont des contenants externes qui pallient leur manque de contenance, de pare-excitation, et de repères internes. Plus un enfant peut se repérer, prévoir ce qui va se passer et avec qui, moins il sera angoissé, moins il aura besoin d'extérioriser cette angoisse dans des comportements inadéquats.

La deuxième étape, issue de la première, est de toujours garder à l'esprit que les attaques dont on peut faire l'objet viennent du passé traumatique de l'enfant, des carences dans la construction de ses capacités de régulation mais aussi des séquelles des traumatismes psychiques que ce passé a laissé.

La troisième étape consiste à ne pas tenter de nier ou de cacher les affects pénibles, voire honteux, qu'ils

suscitent en nous, mais au contraire d'en prendre pleinement conscience et de les évoquer avec des collègues confrontés aux mêmes enfants ou au même type de ressentis avec d'autres.

Ces enfants, comme l'avait montré Winnicott (Winnicott, 1947), nous font éprouver de la haine, du désespoir et de l'impuissance, qu'il est bien difficile de vivre sans honte. Pourtant c'est ce qu'éprouve toute personne suffisamment investie auprès de ces enfants.

La quatrième étape consiste à créer une enveloppe groupale d'adultes autour de l'enfant, mais aussi autour du professionnel. Cette enveloppe vise d'abord à protéger l'enfant lui-même, mais aussi les autres enfants du groupe des *feux de forêt* de l'excitation et de l'angoisse. Il faudrait tenter de décider groupalement, au sein de l'équipe, d'un engagement de chacun qui permette que l'enfant soit sorti du groupe et isolé, dans un endroit adapté, sécurisé, pensé et préparé, dès qu'il commence à s'agiter et à s'exciter. Cela est particulièrement valable pour les temps de récréation. C'est encore plus valable lorsque survient un *clash*, une crise avec le professionnel.

Il ne s'agit en aucun cas d'une mesure de punition ni d'exclusion rétorsive. Ce principe doit être présenté à tous les enfants (en début d'année par exemple) et expliqué comme un moyen pour les adultes d'aider l'enfant qui n'arrive pas à travailler parce qu'il se sent trop



excité, ou trop énervé et ne parvient pas à trouver son calme dans le groupe. Leur dire par exemple : *parfois, pour trouver son calme, on a besoin d'être seul dans un endroit tranquille.*

Lorsque l'enfant est sorti du groupe et isolé dans un endroit adapté à l'apaisement, il est important qu'un adulte l'accompagne et reste auprès de lui. Un adulte calme, différent de celui avec lequel s'est produit le débordement, voire la crise. Cet adulte reste auprès de l'enfant pour que celui-ci ne se sente pas abandonné, et pour l'aider à s'apaiser. Il n'est pas toujours adapté d'être dans la même pièce : certains enfants ne le supportent pas, car ils sont trop angoissés. Dans ce cas, cet adulte reste derrière la porte et rappelle sa présence empathique à intervalle régulier. Ici l'enjeu est l'aide au retour au calme. La présence de l'adulte doit être sécurisante, et anti-solitude.

Il n'est pas adéquat de reparler de ce qui s'est passé, car c'est trop tôt et risque de relancer l'anxiété et les comportements de décharge. Il faut également éviter trop de paroles, trop de regards... Il s'agit de doubler les *distances de sécurité relationnelle*, au service de l'apaisement.

L'enveloppe groupale sécurisante autour de l'enfant et du professionnel

Mais l'enveloppe groupale a une autre fonction, encore plus importante sans doute : elle vise à soutenir le professionnel et à protéger le lien professionnel – enfant. Elle exerce en cela une fonction de méta-garance (Eiguer, 2013). Tout professionnel a impérativement besoin, pour *tenir le coup*, d'être écouté, compris et soutenu par ses collè-

” Elle vise à soutenir le professionnel et à protéger le lien professionnel – enfant. Elle exerce en cela une fonction de méta-garance. ”

gues. C'est le principe des contenants successifs : pour pouvoir contenir un enfant, et contenir en soi-même les affects que son contact suscite, il faut pouvoir bénéficier soi-même de contenance. C'est là que la notion d'équipe

prend tout son sens. Personne ne peut, même les éducateurs, les psys, les enseignants les mieux formés et les plus expérimentés, tenir seul longtemps dans la relation avec ces enfants. Ainsi le plus grand danger est la solitude, l'isolement... La prise en charge d'un jeune procède d'un engagement groupal.

Enfin, il faut essayer de ne jamais laisser ces enfants dans un cadre informel, sans l'attention d'un adulte et sans une chose précise à faire. Autrement dit, sans la contenance par l'attention de l'adulte et sans la verticalisation par une activité organisée. C'est aussi vrai dans l'institution que dans la cour de récréation... Beaucoup de



ces enfants ne sont pas capables de passer une récréation entière sans que ça dégénère. En effet, le principe de *défolement* nécessaire aux enfants ordinaires n'est pas valable pour ces enfants-là. L'enfant ordinaire décharge dans le défolement l'excès de tension interne qu'a accumulé en lui le fait qu'il ait dû (et est parvenu à !) bloquer cette tension pour se concentrer pendant une longue durée. Mais une fois cet excès déchargé, l'enfant ordinaire dispose des capacités de reprendre sa concentration. Ce n'est pas le cas pour les enfants dont il est question ici. Ils ne sont pas capables de cette forme de décharge. Il s'agit donc pour eux d'une agitation auto-sensuelle qui augmente la tension et l'excitation. De plus, le bruit extrême, les cris, les galopades, le défolement des autres, vont susciter un débordement d'excitation qu'ils ne seront pas en mesure de réguler et qui risque de les désorganiser.

Par ailleurs, rappelons-nous qu'ils sont incapables de s'auto-déterminer, qu'ils sont hyper perméables aux excitations et qu'ils n'ont pas de cadre interne : dans l'immensité de la cour de récréation, sans la contenance du regard et de l'attention d'un adulte, ils risquent de

se sentir lâchés. N'ayant alors pas *le bon mode d'emploi*, on l'a vu, pour s'intégrer ou pour jouer tranquillement avec les autres, ils vont chercher la co-excitation, ou à détruire les jeux qui leur font envie, voire à les attaquer. Les professionnels ont bien besoin des récréations comme moments de pause dans leur épuisante journée, mais il convient alors qu'un autre professionnel (auxiliaire de vie scolaire par exemple, à condition qu'il soit bien formé au fonctionnement et aux besoins particuliers de ces enfants) prenne le relais de l'attention contenante, protectrice et organisatrice.

Bien d'autres idées, notamment à propos de l'ajustement des pratiques, font toujours l'objet d'une expérimentation sur le terrain. Mais bien d'autres pistes de recherche clinique demeurent également à explorer. Elles constituent autant d'appels à poursuivre la recherche, comme autant d'invitations au questionnement et à l'imagination créative. Elles dessinent des perspectives à parcourir sur les voies de la pratique et de la pensée, pour tenter de toujours mieux comprendre et accueillir les liens en souffrance chez ces enfants énigmatiques.

RÉFÉRENCES

- AINSWORTH M.S.D., BLEAHERNN M., WATERS E., WALL S., (1978), Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation, NJ, Hillsdale, Erlbaum
- ANZIEU D., (1990), L'attachement au négatif, in Anzieu D. dir, L'épiderme nomade et la peau psychique, Éditions Apsygée, Paris, pp. 115-129
- ARCHER C., BURNELL A., (2008), Traumatisme, attachement et permanence familiale : la peur peut vous empêcher d'aimer, De Boeck, Bruxelles
- BARUDY J., (2007) La douleur invisible de l'enfant : l'approche éco-systémique de la maltraitance, Editions Erès, Toulouse

- BERGER M., BONNEVILLE E., (2007), Théorie de l'attachement et protection de l'enfance au Québec, in Dialogue, 175, pp. 49-62
- BERGER M., BONNEVILLE E., (2009), Pathologie des traumatismes relationnels précoces et placement familial spécialisé, in Rottman H., Richard P. (dir.), Se construire quand-même... L'accueil familial : un soin psychique, PUF, Paris, pp. 227-242
- BONNEVILLE E., (2007), Protection de l'enfance : peut-on prévenir les atteintes de l'intelligence ? in Empan n°63, éditions Erès
- BONNEVILLE-BARUCHEL E., (2012), Perspectives thérapeutiques avec les enfants violents victimes de traumatismes relationnels précoces, in Psychologie Clinique, n°33, 2012/1, pp. 138-154
- BONNEVILLE-BARUCHEL E., (2015), Les traumatismes relationnels précoces - Clinique de l'enfant placé, Editions Erès, Collection la vie de l'enfant, Toulouse
- BOWLBY J., (1944), 44 jeunes voleurs : leur personnalité et leur vie familiale, in Psychiatrie de l'enfant, (2006), 49, 1, pp. 5-122
- BOWLBY J., (1969 à 1980), Attachement et perte ; volumes I, II et III, Tr. Fr. de 1998 à 2002, PUF, Paris
- CASTELLANI C., NINOREILLE K., BERGER M., PERRIN A., (2015), Comparaison du niveau de développement d'enfants en crèche et en pouponnière et soumis à différents niveaux de défaillances parentales précoces, in Devenir, 2015/1, Vol.27, pp. 5-29
- CICCONE A., (2003), Les enfants qui poussent à bout. Logiques du lien tyrannique, in CICCONE A. et al., Psychanalyse du lien tyrannique, Dunod, Paris, pp.11-46
- CYRULNIK B., (1997), Sous le signe du lien : Une histoire Naturelle de l'Attachement, Hachette, Paris
- DAMASIO A.R., (1998), Emotion in the perspective of an integrated nervous system, in Brain Research Review, n°26, pp. 83-86
- EIGUER A., (2013) Le tiers : Psychanalyse de l'intersubjectivité, Dunod, Paris
- FONAGY P., (2004), Théorie de l'attachement et psychanalyse, Erès, Toulouse
- FREUD S., (1920), Au-delà du principe de plaisir, in Essais de psychanalyse tr.fr. (2001) Payot, La Petite Bibliothèque, Paris (2001), pp. 43-115
- GIBELLO B., (2009), L'enfant à l'intelligence troublée, Dunod, Paris
- GOLSE B., (2004), La pulsion d'attachement, in La psychiatrie de l'enfant, 2004/1, vol.47, PUF, Paris, pp 5.-25
- GOULD F. et al., (2012), The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood, in Journal of Psychiatric Research, Vol. 46, Issue 4, Elsevier, pp.500-506
- GREEN A., (1994), Sources, poussées, buts, objets de la violence, article présenté au Colloque de Monaco de mai 1994 Destins de la violence, publié in Journal de la psychanalyse de l'enfant n°18, pp.215-260
- GUEDENEY N. et A., (2002), L'attachement. Concept et application, Masson, Paris
- GUEDENEY A., DUGRAVIER R., (2006), Les facteurs de risques familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : Une revue de la littérature anglo-saxonne, in Psychiatrie de l'Enfant, 49, 1, pp.227-278
- HECKMAN J.J., Prix Nobel, (2007), The technology of building health and human capacities : lessons for public policy, International Health Forum : The economy and health, the effects of prevention. International Economic Forum of the Americas, Montreal, Canada, June 19.
- LUPIEN, S. J. et al., (2009), Effects of stress throughout lifespan on the brain, behaviour and cognition, Nature Reviews Neuroscience 10, pp. 434-445 www.nature.com/nrn/journal/v10/n6/abs/nrn2639.html
- LYONS-RUTH K., ALPERN L., REPACHOLI B., (1993), Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the pre-school classroom, Child Dev., 64, 572-585





- MAIN M., (1986), Security in infancy, childhood and adulthood: a move to level of representation, in Bretherton I. and Waters F. (eds), Growing points in attachment theory and research, Monographs of the society for research in child development, 50, 1-2, serial n°209, pp. 66-104
- MAIN M., HESS E., (1990), Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized status : Is frightening parental behavior the linking mechanism ?, in Greenberg M., Cicchetti D., Rummings E. (eds), Attachment in pre-school years, Chicago : University of Chicago Press
- MELTZER D., 1999, Le Claustrom, Editions du Hublot, Larmor-Plage
- PICKLER E., (1975), Manifestations actuelles du syndrome d'hospitalisme dans les pouponnières, Le coq héron, n° 53, pp. 4-40.
- SCHORE A.N., (1994), Affect regulation and the origin of the self : the neurobiology of emotional development, ERLBAUM N.J., Mahwah
- SCHORE A.N., (2001), The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health, Infant Mental Health Journal 22, pp. 201-269
- SOARES-BOUCAUD I., SIMON J.-P., (2016), Maltraitements, psychotraumatisme et troubles cognitifs chez l'enfant, in EMC Pédiopsychiatrie, 2016/N°16, Elsevier Masson, <http://www.em-consulte.com/article/1068108/maltraitements-psychotraumatisme-et-troubles-cognit>
- SOLOMON J., GEORGE C., (1999), Attachment desorganization, New-York : Guilford Press
- SPITZ R., (1963), La première année de la vie de l'enfant : genèse des premières relations objectales, PUF, Paris
- SROUFE L.A., (1996), Emotional development : the organization of emotional life in the early years, Cambridge University Press, New-York
- STEINHAEUER, P.D. (1996). Le Moindre Mal, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal
- TARDOS A., APPEL G., (1998), Prendre soin d'un jeune enfant, Editions Erès, Ramonville Saint-Agne
- TREMBLAY R.E. et coll., (2004), Physical aggression during early childhood : trajectories and predictors, in Pediatrics, 114, 4350
- TRONICK E.Z., (1989), Emotions and emotional communication in infants, in American Psychologist n°44, pp. 112-119
- VAN DER KOLK B., (1996), The complexity of adaptation to trauma self-regulation, stimulus discrimination and characteriological development, in Van Der Kolk B., Mcfarlane, & Weisaeth L. (eds) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society, New York, Guilford Press
- WINNICOTT D.W., (1947), La haine dans le contre-transfert, in (1958) De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, pp.72-82

DE VICTIME À AUTEUR : IMPACT DES CARENCES AFFECTIVES ET DES TRAUMATISMES SEXUELS PRÉCOCES SUR LE DÉVELOPPEMENT AFFECTIF ET SEXUEL¹

Gaëtan Ducatteeuw²

Résumé

S'appuyant sur l'expérience pluridisciplinaire d'une équipe SOS Enfants, cet article propose d'amener une réflexion autour de la prise en charge thérapeutique d'enfants victimes d'abus sexuels lorsque ceux-ci, à leur tour, deviennent auteur de transgressions dans le registre de la sexualité. A partir des théories sur l'attachement de M. Ainsworth et des concepts de S. Ferenczi sur le traumatisme

et la confusion des langues, nous proposons une vignette clinique amenant vers une proposition d'un travail thérapeutique spécifique. Naviguant entre théorie de l'attachement et du traumatisme, développement affectif et sexuel, perspective individuelle et intergénérationnelle, nous partageons les réflexions cliniques actuelles de notre pratique quotidienne.

Mots-clés : Carence affective - Attachement - Abus sexuel - Ferenczi - SOS Enfants

Abstract

Based on the multidisciplinary experience of a SOS Enfants team, this article proposes a reflection on the therapeutic management of children victims of sexual abuse when they are, in turn, authors of transgressions in the register of sexuality. From the M. Ainsworth's theories of attachment and the S. Ferenczi's concepts on the trauma

and confusion of languages, we describe a clinical vignette leading to a proposal for a specific therapeutic work. Navigating between attachment and trauma theories, affective and sexual development, individual and intergenerational perspectives, we share the current clinical reflections of our daily practice.

Keywords : Emotional deprivation - Attachment styles - Sexual abuse - Ferenczi - SOS Enfants

Dans le cadre des interventions d'une équipe SOS Enfants³, il est courant de se retrouver face à des

situations d'abus sexuel, avec une fréquence élevée d'abus intrafamilial. Lors des prises en charge thé-

¹ Les propos tenus dans cet article n'engagent que leur auteur.

² Psychologue.

³ Les équipes SOS Enfants ont pour missions la prévention et la prise en charge de situations de maltraitance infantile au sein de la Belgique francophone.



rapeutiques, le travail est ouvert, en fonction de chaque situation, à l'enfant victime, à sa famille, mais également à l'auteur des faits, que ce dernier soit mineur ou majeur. De plus, lorsque l'équipe juge cela positif et constructif dans le travail thérapeutique avec la victime, et moyennant certaines garanties⁴, une rencontre entre cette dernière et l'auteur des faits peut être organisée.

A partir de notre pratique clinique, nous avons mis en évidence un fil conducteur que nous avons tenté de résumer dans le titre de cet article : *De victime à auteur : impact des carences affectives et des traumatismes sexuels précoces sur le développement affectif et sexuel*. En effet, face à des situations d'adolescents ou d'adultes, auteurs d'attouchements ou d'abus sexuels sur mineur(e)s, nous nous efforçons de maintenir un regard global sur la personne que nous rencontrons. Dans le décours d'un tel travail, et en regroupant certaines situations caractéristiques, nous avons observé des éléments similaires dans le parcours de vie de ces auteurs d'abus : ils ont en commun des carences affectives ou des traumatismes successifs vécus dans leur enfance, engendrant

un déficit important sur le plan de l'attachement, ainsi que du rapport au monde affectif et relationnel. En outre, il est fréquent que ces personnes aient elles-mêmes subi, dans leur enfance, des abus sexuels de la part d'un adulte ou d'un aîné, souvent issu du système familial proche, sans avoir pu en parler ou être entendues par les adultes.

” Le postulat de départ serait donc que l'échec de l'établissement de liens d'attachements sécurisés chez le tout jeune enfant produirait des effets négatifs à long terme dans les sphères de l'affectif et de l'intime sexuel. ”

L'hypothèse se dessine : est-il possible de poser un lien entre, d'une part, les carences affectives précoces et les troubles de l'attachement vécus par l'enfant et, d'autre part, les troubles du développement affectif et sexuel dans la suite de son évolution,

l'amenant dès lors à être une victime potentielle privilégiée avant de se retrouver lui-même, quelques années plus tard, auteur de faits qualifiés d'infractions sexuelles sur mineur ?

Le postulat de départ serait donc que l'échec de l'établissement de liens d'attachements sécurisés⁵ chez le tout jeune enfant produirait des effets négatifs à long terme dans les sphères de l'affectif et de l'intime sexuel, plaçant dès lors l'individu dans un contexte bio-psycho-social particulièrement

⁴ *Garanties de sécurités physiques et psychiques pour chacun, impliquant notamment un travail préalable avec l'auteur sur la reconnaissance des faits et la possibilité d'une rencontre réparatrice avec la victime.*

⁵ *L'auteur fait le choix du terme sécurisé pour la traduction anglaise de *secure*, laquelle fait appel à la notion d'être fixé, attaché de façon à ne pas céder, se détacher ou se perdre.*



peu favorable à un développement serein. Une difficulté particulière serait alors l'incapacité de l'enfant, au cours de son développement, à pouvoir distinguer correctement et cloisonner adéquatement les registres de l'affectif et du sexuel, ouvrant ainsi la voie vers un passage à la transgression à l'âge adulte.

Pour tenter d'y voir plus clair sur les processus en œuvre, nous nous appuyerons d'un côté sur la théorie de l'attachement développée par Mary Ainsworth (1913-1999), et de l'autre, sur les réflexions théoriques apportées par Sandor Ferenczi (1873-1933). Nous développerons ensuite notre conception du travail thérapeutique, partageant à la fois

une vignette clinique et notre expérience professionnelle. L'ensemble nous mènera à souligner l'importance d'un travail précoce autour des enfants victimes de maltraitements, en tenant compte de multiples facteurs, sans se contenter d'un comportement normalisé du jeune patient. Alliant l'aspect thérapeutique à une dimension de prévention, nous tenterons de démontrer qu'à défaut d'une prise en charge lors des premiers traumatismes, il s'agira de soigner, des années plus tard, le petit enfant abusé et traumatisé qui continue à survivre à l'intérieur des victimes devenues adolescentes et/ou adultes, et parfois auteures à leur tour d'agressions à caractère sexuel⁶.

ATTACHEMENT ET MODÈLES INTERNES OPÉRANTS

Lorsqu'un bébé vient au monde, il possède une certaine détermination génétique et il vient s'insérer dans un contexte sociologique, l'ensemble venant façonner son développement cognitif. Les premiers mois sont intenses et primordiaux, puisque l'enfant apprend rapidement à évoluer au sein du milieu qui l'accueille. Lorsque tout se passe suffisamment bien (Winnicott, 2006) et selon les enseignements des travaux de Harlow (1905-1981) et Bowlby (1907-1990), nous savons

qu'un attachement sécurisé, essentiel pour le bébé, se crée entre celui-ci et ses parents.

Outre l'aspect phylogénétique de l'attachement, préservant la continuation de l'espèce humaine (Labbé, 2010), nous focaliserons notre attention sur l'aspect ontogénique : sans la protection, les soins adéquats et sans l'intégration au sein d'un réseau social, si minimes soient-ils, l'enfant ne pourra se développer correctement.

⁶ *Il existe peu de chiffres concernant le nombre d'enfants victimes d'agression sexuelle qui deviendront, adolescents ou adultes, eux-mêmes auteurs d'agressions à caractère sexuel. Quelques recherches se focalisant sur les délinquants sexuels adultes offrent des repères statistiques limités, telle celle de Hadi (2016) qui constate dans son échantillon (31 adultes) que 61,3% d'abuseurs adultes ont vécu un abus sexuel dans leur enfance, contre 6,45% dans le groupe contrôle. De façon générale, en nous basant sur Tardif, Hébert et Béliveau (2007), environ 20% de femmes et 3% à 11% des hommes ont été victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance. Les auteurs font également le constat inquiétant que les adolescents seraient responsables de 20% des viols et de 30% à 50% des agressions sexuelles d'enfants.*



L'attachement, lorsque l'accordage⁷ (D. Stern, 1989) et l'apport de soins se déroulent bien, permet au petit enfant d'acquérir progressivement son autonomie, les allers-retours vers ses figures d'attachement lui permettant une exploration de plus en plus large de son environnement, favorisant son développement global. Nous savons également que ces premières années sont critiques, puisqu'au-delà d'une certaine période sensible, l'absence de soins et de stimulations adéquats laisseront d'importantes séquelles.

L'avancée des neurosciences permet aujourd'hui d'étayer les observations cliniques par des recherches sur le fonctionnement cérébral. Ainsi, les gestes d'affection et de tendresse ou, à l'inverse, l'exposition récurrente à des situations de stress, viendraient créer une activation au sein de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, influençant le développement d'émissions et de recapture d'hormones cérébrales, l'ensemble ayant une influence sur le fonctionnement émotionnel et intellectuel (Hallet F., 2003).

A partir des expériences de la *strange situation* menées par Mary Ainsworth dans les années 70, la théorie de l'attachement prend un nouvel essor. Jusqu'alors, Bowlby avait conceptualisé un attachement binaire : soit l'attachement se réalise correctement, soit il n'y a aucun attachement. Ainsworth mettra en évidence différents types d'attache-

ment qu'elle conceptualisera en 3 catégories; *attachement sécurisé*, *insécurisé-évitant* et *insécurisé-ambivalent*; puis une quatrième, *insécurisé-désorganisé*, fut ajoutée tardivement (Main & Solomon, 1986). Pour Ainsworth, le style d'attachement est le résultat des interactions précoces avec la mère.

Dans l'attachement sécurisé, l'enfant utilise l'adulte *caregiver* comme base de sécurité pour l'exploration et proteste en cas de départ de ce dernier. Lors du retour de l'adulte, l'enfant recherche sa proximité, se rassure et repart ensuite vers l'exploration. Le *caregiver* répond à l'enfant de façon appropriée, rapide et cohérente. Sans garantir le bien-être, ce style d'attachement offre une meilleure résistance de l'individu face à des événements stressants et permet une meilleure résilience (Tereno et al., 2007).

Dans l'attachement insécurisé de type évitant, l'échange affectif est pauvre dans les interactions de l'enfant avec son environnement : il se montre indépendant tant physiquement qu'émotionnellement des figures d'attachement, offrant une image désaffectée, voire insensible. Un départ du *caregiver* ne crée pas de signes de détresse, ni de réaction visible lors du retour de ce dernier. L'adulte apporte ici peu de réponses adéquates au stress de l'enfant, poussant celui-ci à l'indépendance ou le rejetant, et se révélant souvent absent pendant les détresses émotionnelles.

⁷ Partage affectif, partage du vécu émotionnel entre ce que l'enfant ressent et ce que le parent va soutenir en l'identifiant par un message ajusté (Gauthier et al., 2009).



Pour l'attachement insécurisé de type ambivalent/résistant, l'enfant se révèle incapable d'utiliser le *caregiver* comme une base de sécurité adéquate. Le comportement oscille entre le collage et le rejet de la figure d'attachement, entre une recherche de contact et des moments de colère à l'attention de l'adulte. Ce dernier, souvent peu disponible, présente une incohérence dans ses réponses à l'enfant, alternant comportements appropriés et négligences. Les périodes de détresse émotionnelle sont difficiles à apaiser.

Enfin, ajouté quelques années plus tard, l'attachement insécurisé *désorganisé/désorienté* caractérise des enfants qui développent des mouvements stéréotypés en situation de stress, ou se figent. Sans stratégie d'attachement cohérente, les comportements sont désorganisés, désorientés, voire contradictoires. L'adulte *caregiver* alterne ici entre une attitude affectueuse rassurante et un comportement effrayant, incohérent ou encore se montre maltraitant.

Les attachements insécurisés ne permettent pas une exploration optimale de l'environnement par l'enfant, ils compromettent la confiance en soi et l'impression de maîtrise de l'environnement, éléments importants dans les premières étapes du développement. Néanmoins, il s'agit d'une adaptation saine de l'enfant aux comportements de l'adulte. En effet, ceux-ci maximisent le maintien d'une proximité avec la figure d'attachement. Les enfants *évitants* mi-

niment ainsi les signaux de stress qui pourraient susciter leur rejet par l'adulte, tandis que les enfants *ambivalents* augmentent l'intensité de leurs signaux pour maintenir l'attention de l'adulte dont les réponses sont intermittentes.

A partir des interactions quotidiennes avec les figures d'attachement, démontrant leur (in) capacité à répondre aux besoins de l'enfant, ce dernier va développer un *modèle interne opérant*. Cela signifie que l'enfant va créer des représentations mentales de son propre fonctionnement, de celui de ses figures d'attachement et de la relation entre celles-ci permettant d'anticiper les interactions futures (Miljkovitch, 2006). L'ensemble organisera les futurs comportements sociaux et émotionnels du sujet dans ses interactions sociales. Au cours du développement, l'attachement évoluera d'une organisation comportementale chez l'enfant à une organisation cognitive et émotionnelle chez l'adulte.

Si le style d'attachement développé par l'enfant a un impact important dans la suite de son évolution et ses interactions sociales, il n'est pas exclu que de futures expériences de vie positives ou négatives l'amènent à changer de style d'attachement. Ainsi, des événements traumatisants peuvent amener une personne *sécurisée* à basculer dans un mode relationnel *insécurisé* ou, à l'inverse, le sujet peut faire la découverte de figures d'attachement positives lui permettant de passer



d'un attachement *insécurisé* à un attachement *sécurisé*. Le changement, bien que plus facile dans le jeune âge, semble rester possible tout au long de la vie (Côté, 2004).

Néanmoins, nous pouvons faire l'hypothèse que plus les enfants furent négligés, abusés ou maltraités, que ce soit au niveau de l'intensité, de la durée ou de la gravité des faits subis, plus ceux-ci auront de difficultés à développer des attachements sécurisés dans leur vie adulte.

En effet, il s'agira pour ces personnes de pouvoir faire l'expérience positive d'un lien sécurisé fiable sur une temporalité plus importante, d'autant plus qu'elles viendront le tester et le mettre à

” De tels enfants, en devenant eux-mêmes par la suite parents, risquent d'être dans l'incapacité d'offrir des comportements cohérents et rassurants permettant à la génération suivante d'acquérir un attachement sécurisé. ”

mal afin d'en éprouver la solidité. Cette dynamique pourra alors perturber les relations affectives qu'ils chercheront à mettre en place à l'âge adulte, au risque de créer un

certain isolement : ils se retrouveront alors démunis face aux facteurs de stress qui surviendraient.

Nous voyons également ici l'implication sur la transmission intergénérationnelle, puisque de tels enfants, en devenant eux-mêmes par la suite parents, risquent d'être dans l'incapacité d'offrir

des comportements cohérents et rassurants permettant à la génération suivante d'acquérir un attachement sécurisé.

CONFUSION ENTRE LANGAGE AFFECTIF ET SEXUEL (S. FERENCZI)

Ferenczi (1873-1933) était un psychanalyste hongrois, dont le parcours fut principalement marqué par une réflexion sur le traumatisme et les possibilités de travail thérapeutique offertes aux patients. Soucieux d'apporter un véritable soin à ses patients, Ferenczi dénonce l'hypocrisie et la froideur de la prise en charge de ses collègues psychanalystes qui se réfugient derrière les concepts de transfert négatif et de résistance pour justifier les thérapies sans résultat. Selon lui, il est important que les théories et la technique thérapeutique s'adaptent

au sujet, et non l'inverse. L'incapacité devient alors le fruit d'une maladresse du thérapeute ! Cette conviction l'a mené à des innovations théoriques et cliniques, mais également à un conflit avec Freud et nombre de psychanalystes de l'époque, ce qui lui valut d'ailleurs le surnom d'enfant terrible de la psychanalyse.

Se basant sur sa pratique clinique, Ferenczi est revenu sur les raisons qui avaient poussé Freud à abandonner sa *neurotica*. Autant pour Freud, il était devenu impos-

sible que tant de névroses soient dues à des agressions à caractère sexuel, autant Ferenczi insiste sur le caractère bien réel de l'évènement traumatique. Dès lors, Ferenczi cherchera à développer un mode de prise en charge dans la cure analytique pouvant amener les patients à une amélioration, voire à une libération du trauma originel.

En 1932, Ferenczi expose son article *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion*, au XII^e Congrès International de Psychanalyse à Wiesbaden (Ferenczi, 2004).

Tout d'abord, Ferenczi y fait le constat de comportements de régression en séance; les adultes se mettent à parler comme des enfants et Ferenczi souligne alors l'importance de s'y adapter : il s'agit de leur parler dans un langage enfantin et compréhensible, d'adopter des gestes de douceur et de bienveillance envers eux. Evoquant de tels moments, Ferenczi fait d'ailleurs un parallèle avec la clinique analytique d'enfants qui démarrait à l'époque et nécessitait une présence active du thérapeute. Il procède alors *un peu à la manière d'une mère tendre, qui n'ira pas se coucher le soir avant d'avoir discuté à fond, avec son enfant, et réglé, dans un sens d'apaisement, tous les soucis [...] restés en suspens* (Ferenczi, 2004). Le comportement bienveillant du thérapeute vient donc faire opposition aux comportements inadéquats posés par les adultes entourant l'enfant à l'époque des scènes traumatiques. Plus encore, Ferenczi précise : *le pire, c'est*

vraiment le désaveu, l'affirmation qu'il ne s'est rien passé, qu'on n'a pas eu mal, ou même d'être battu et grondé lorsque se manifeste la paralysie traumatique de la pensée ou des mouvements ; c'est cela surtout qui rend le traumatisme pathogène. On a même l'impression que ces chocs graves sont surmontés, sans amnésie ni suites névrotiques si la mère est bien présente, avec toute sa compréhension, sa tendresse, et, ce qui est plus rare, une totale sincérité (Ferenczi, 2004).

Ferenczi pose alors l'hypothèse que les expressions émotionnelles des patients, en séance, remontent à la relation tendre mère/enfant, et que les éléments passionnels et de perversion sont les conséquences d'un traitement dépourvu de tact de la part de l'entourage. Avancé dans cette voie, il s'engage entièrement afin de créer un climat sécurisant permettant au patient d'affronter les traumas anciens : *c'est un avantage pour l'analyse quand l'analyste réussit, grâce à une patience, une compréhension, une bienveillance et une amabilité presque illimitées, à aller autant que possible à la rencontre du patient [...] le patient ressentira notre comportement, alors, en contraste avec les événements vécus dans sa vraie famille, et comme il se sait maintenant protégé de la répétition, il osera plonger dans la répétition du passé déplaisant* (Ferenczi, 2004).

Ainsi, pour faire le lien avec notre première partie sur l'attachement, nous voyons ici toute l'inquiétude de Ferenczi quant aux comportements inadéquats des adultes envers leurs



enfants, causant chez ces derniers des traumatismes lors de moments de détresse. De plus, il dénonce le fonctionnement similaire de ses collègues lors de la cure analytique et affirme le caractère réel du trauma, s'opposant ainsi à la théorie freudienne.

En 1932, toujours dans *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*, Ferenczi expose ses hypothèses théoriques sur ce qui crée le trauma :

l'adulte et l'enfant ne parlent pas la même langue. Alors que l'enfant, dans ses interactions, adopte un langage de tendresse et non passionnel, l'adulte viendrait répondre par un langage et des comportements passionnés, empreints d'une sexualité que le psychisme immature de l'enfant ne peut élaborer. Là où

Freud abandonne la théorie de la séduction au profit des fantasmes, Ferenczi ancre l'événement traumatique (physique, sexuel, libidinal et psychique) dans la réalité de l'interaction des adultes avec l'enfant et en fait un facteur essentiel dans l'étiologie de la psychopathologie. Le traumatisme résulte du choc, chez l'enfant innocent et en demande de tendresse, de l'imposition par l'adulte de demandes libidinales et sexuelles, suivi du désaveu et de l'absence de réponse soutenante de l'environnement face à la détresse

” Le traumatisme résulte du choc, chez l'enfant innocent et en demande de tendresse, de l'imposition par l'adulte de demandes libidinales et sexuelles, suivi du désaveu et de l'absence de réponse soutenante de l'environnement face à la détresse qui surgit. ”

qui surgit.

C'est donc parce que l'enfant est instauré comme partenaire d'un adulte pour des rapports sexuels réalisés en actes, qu'il se retrouve détruit par l'incapacité psychique à élaborer la situation, à occuper la place, physiquement et psychologiquement, que cette situation exige. En effet, selon J. Roisin (Roisin, 2010), *l'acte sexuel requiert l'existence au niveau du psychisme des partena-*

naires, d'une série de repères : le positionnement dans le corps en tant qu'unifié, la capacité d'affronter les énigmes de la différence des sexes, de l'origine de la vie, de la parentalité, l'aptitude à pouvoir survivre à la sensation d'anéantissement de l'orgasme...

De la sorte, Ferenczi confirme qu'il existe de nombreux

abus sexuels sur les enfants dans la société du début du 20ème siècle, et affirme déjà que, contrairement à ce que l'on pouvait penser, les séducteurs étaient les gens les plus intimes avec l'enfant, principalement les parents et les substituts parentaux.

Dans cette confusion des langues, l'enfant, qui se retrouve isolé, doit alors élaborer des mécanismes de défense particuliers afin de résister au choc et tenter d'en sortir indemne. Le traumatisme vient de la perception d'un anéantissement de



soi, de l'incapacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le soi propre. Si une telle perception est trop forte, ou encore trop longue, il y aura effraction du système psychique et, pour survivre, ce dernier n'aura d'autres choix que de se morceler (Ferenczi, 2006). La trace mnésique du trauma ainsi fragmentée se retrouve alors encapsulée, isolée du reste du psychisme, inconsciente mais cependant bien vivante. La répétition du traumatisme, dans les rêves ou dans l'existence, est perçue comme une tentative désespérée de l'appareil psychique d'accéder à une remémoration consciente permettant l'élaboration et l'intégration de l'événement qui a fait effraction. Ce compromis entre le désir de sortir de l'anéantissement et la répétition de celui-ci est défini par J. Roisin comme la survivance (Roisin, 2010).

Ferenczi développe également le concept d'*introjection* (Ferenczi, 2006) : face à l'agresseur, l'enfant qui ne perçoit plus d'échappatoires, va s'identifier à l'adulte et perdra confiance en ses propres perceptions, sentiments et interprétations de la réalité, allant jusqu'à faire sienne la culpabilité de l'agresseur. Cela explique, pour le psychanalyste hongrois, l'observation d'enfants agressés qui, soudainement, déploient toutes les émotions d'adultes et se montrent hypermatures.

Ferenczi spécifie sa participation active dans la thérapie analytique comme pouvant être vécue par le patient comme de la compassion, de l'intérêt et de l'empathie, ce dernier faisant dès lors l'expérience

d'une figure présente, à l'écoute, qui l'aidera à lutter et résoudre un moment difficile. Il s'agit de soigner le traumatisme de l'enfance à travers la relation thérapeute-patient. Au traumatisme sexuel, physique ou encore émotionnel vient répondre le sentiment de sécurité, la confiance, l'empathie, l'honnêteté, la sincérité, l'affection ou encore l'amour. Alors, pour Ferenczi, le patient pourra faire une nouvelle expérience émotionnelle correctrice avec une figure parentale, une figure d'attachement prête à assumer sa responsabilité dans la perturbation de la relation. En ce sens, l'enfant traumatisé qui se cache dans l'adulte pourra faire progressivement l'expérience d'une relation non-traumatisante. L'aspect thérapeutique viendrait donc, non pas d'une interaction symbolique, mais d'un comportement réel du thérapeute venant corriger l'expérience relationnelle traumatisante. Nous voyons ici combien la création du lien entre le thérapeute et son patient est importante pour Ferenczi, lequel cherche finalement à établir tant un cadre sécurisant qu'une relation sécurisée avec le patient, expérimentant au sein de sa clinique avec les adultes des notions semblables à celles mises en évidence par M. Ainsworth avec les enfants.

Par la suite, Ferenczi a beaucoup travaillé sur la compréhension du contre-transfert. Il écrit à ce propos que la différence de qualité entre les sentiments de l'analyste envers le patient et ceux du patient envers le thérapeute, repose dans l'assurance que l'analyste comprend ses propres réactions émotionnelles.



Cette compréhension l'autorise à utiliser ses compétences intuitives, et formées par sa propre analyse,

afin de l'empêcher d'introduire ses problèmes personnels dans la cure analytique.

VIGNETTE CLINIQUE : L'ENFANT ABUSÉ QUI DEVIENT AUTEUR

En premier lieu, définissons le cadre de travail proposé : les équipes SOS Enfants, créées en 1985 en Fédération Wallonie-Bruxelles et définies par le décret du 12 mai 2004, sont chargées de la prévention et du traitement des situations de maltraitements infantiles. Uniques en Europe, les équipes SOS Enfants répondent à une volonté du législateur d'offrir aux victimes et aux auteurs de maltraitements un espace intermédiaire, médiateur, un lieu à la fois d'écoute, d'observation et de diagnostic, de coordination et de traitement, en dehors

du champ judiciaire. A cette fin, la pluridisciplinarité de l'équipe permet de comprendre et traiter chaque situation dans toutes ses dimensions : psychologiques, médicales, sociales et juridiques. Sans la réflexion et le travail conjoint et constant de ces quatre disciplines, on ne peut appréhender la maltraitements dans ses différentes causes et donc la traiter efficacement. L'intervention proposée vise non seulement à mettre fin aux interactions violentes, mais aussi d'y apporter un traitement approprié. Ce qui sous-tend notre action sera donc

l'intention de soin et de réparation vis-à-vis de l'enfant, mais aussi un véritable souci de réinscription des familles dans un système de valeurs reconnu par la collectivité.

” Uniques en Europe, les équipes SOS Enfants répondent à une volonté du législateur d'offrir aux victimes et aux auteurs de maltraitements un espace intermédiaire, médiateur, un lieu à la fois d'écoute, d'observation et de diagnostic, de coordination et de traitement, en dehors du champ judiciaire. ”

Concrètement, l'équipe concernée est composée d'un médecin pédiatre, d'une juriste, d'une coordinatrice-psychologue, de trois assistantes sociales, de deux psychologues et deux secrétaires. Le dispositif de prise en charge se conceptualise en trois étapes, succinctement décrites ci-dessus.

En premier lieu, vient le temps du *signalement*. N'importe qui, particulier ou professionnel, peut contacter l'équipe afin de signaler ses inquiétudes concernant un mineur. Chaque nouvelle situation qui arrive est prise en charge par une assistante sociale, laquelle restera garante du dossier tout au long de son parcours dans l'équipe. Celle-ci rencontre le signaleur et peut contacter les éventuels professionnels gravitant autour de l'enfant et de sa famille, afin de récolter un maximum d'informations sur la situation globale du mineur. Une ré-



union hebdomadaire entre la coordinatrice et les assistantes sociales permet de faire le point sur chaque signalement mais également d'envisager la suite des démarches à effectuer. Lorsque les diverses informations réunies permettent d'éclairer suffisamment la situation, une décision est alors prise : soit le dossier est exposé en réunion d'équipe pluridisciplinaire et la prise en charge démarre; soit l'équipe ne prendra pas en charge la situation et réorientera éventuellement le signaleur vers d'autres professionnels plus adéquats pour intervenir dans la situation.

Dans un deuxième temps, la prise en charge de l'enfant démarre. Il s'agit alors de réaliser un *bilan pluridisciplinaire* complet de l'enfant et de son système familial. Dès lors, un espace de parole individuel est offert à chacun afin qu'il/elle puisse s'exprimer librement et se sentir entendu(e). A nouveau, des contacts sont établis avec les divers professionnels du réseau entourant l'enfant, afin de cerner au plus près le fonctionnement familial. Des réunions pluridisciplinaires régulières assurent l'avancement du bilan, questionnent la compréhension du système familial, évaluent l'impact du/des traumatismes subis, et permettent de faire émerger les représentations de chacun, y compris dans les dimensions contre-transférentielles.

Enfin, le troisième temps est celui de la conclusion du bilan. Celle-ci est restituée au système familial, au travers d'entretiens familiaux (adaptés

en fonction des situations), afin de pouvoir recueillir les réactions et émotions de chacun face à l'exposé du fonctionnement de leur famille tel que l'équipe l'a perçu. A l'issue de cet échange, une proposition de prise en charge peut être émise si l'équipe l'a jugée nécessaire; soit un *suivi thérapeutique* démarre au sein de l'équipe pour un ou plusieurs membres du système familial; soit une réorientation est faite vers un autre service d'aide professionnel, où l'équipe se propose parfois d'accompagner lors du premier rendez-vous afin de transmettre le lien qui a été créé.

Voici maintenant une vignette clinique qui permettra d'illustrer les concepts théoriques évoqués ci-dessus et de développer une vision d'adolescents, parfois d'adultes, qui se retrouvent *étiquetés* dans la catégorie d'abuseurs sexuels, faisant alors oublier leur précédent statut de victime.

G. est un adolescent âgé de 16 ans. Dernier d'une fratrie de 5 enfants, il arrive dès sa naissance dans un contexte familial totalement désorganisé et négligent. Suite à une consommation excessive d'alcool, de la violence conjugale et d'autres difficultés parentales, G. est rapidement accueilli en pouponnière et, malgré quelques tentatives visant à rétablir des liens avec les parents, G. grandira en milieu institutionnel.

Les premières années de vie de G. se déroulent donc en présence de parents qui ne peuvent offrir des liens d'attachements sécurisés



à G., lequel présente à l'époque le profil d'un modèle interne opérant de type évitant : il se montre rapidement indépendant, s'adaptant et se conformant au milieu d'accueil, sans solliciter les adultes et sans détresse particulière.

Vers l'âge de 7 ans, des contacts avec un adulte de parrainage se mettent en place afin d'offrir un autre cadre que celui de l'institution et ainsi créer une relation affective et éducative individualisée. Il s'avère cependant que l'adulte, lui-même pris au piège de sa propre problématique, se masturbe en utilisant le corps de G. lors des visites.

Un signalement parvient dans notre équipe, suite aux inquiétudes de l'institution qui constate, chez G., la mise en place de jeux sexuels à l'école. Rapidement, des inquiétudes surgissent autour des séjours en week-end chez le parrain. Une prise en charge de G. au sein de notre équipe permet la révélation des attouchements et la dénonciation à la justice de la maltraitance sexuelle. Un suivi thérapeutique est mis en place pour G. et l'équipe démarre un travail avec l'auteur des faits afin d'envisager une éventuelle rencontre réparatrice entre auteur et victime. Cette dernière n'aura finalement jamais lieu, faute d'avancement réel dans le travail avec l'auteur. Par la suite, le placement institutionnel se poursuivra et un suivi psychologique ambulatoire

chez un thérapeute indépendant sera mis en place.

Nous entrons donc ici au cœur de la confusion des langues; là où émerge une demande affective de la part du jeune, l'adulte y répond par des comportements sexualisés. Pourtant, il s'agit certainement de la première relation affective stable et exclusive qu'un adulte offre à cet enfant. Lors de la révélation des faits,

„ Ce qui vient faire trauma, c'est la prise de conscience de l'abus commis par l'adulte de confiance, associée à la fin brutale de leur relation. „

les gestes décrits par G. n'ont, à ses yeux, aucun caractère sexualisé et n'entrent pas dans la catégorie des interdits fondamentaux. En effet, relier le toucher génital à un sentiment bon ou mauvais dépasse de loin les capacités cognitives de l'enfant, lequel se réfère à l'adulte présent (Van Gijsegem & Forouzan, 1999). Ce qui vient faire trauma, c'est la prise de conscience de l'abus commis par l'adulte de confiance, associée à la fin brutale de leur relation. A ce moment-là, nous pouvons faire l'hypothèse qu'une partie du psychisme de G. se retrouve clivée : comment encore pouvoir faire confiance aux adultes et à ses propres sens ? Comment son fonctionnement psychique encore immature pourrait-il donner du sens et intégrer de tels événements ?

Quelques années plus tard, et malgré la mise en place du suivi psychologique individuel, l'institution qui l'accueille fait le constat que G. a posé des gestes à caractère sexuel



au sein du milieu d'accueil. En effet, maintenant adolescent, il a été surpris en train de se masturber devant des enfants qui avaient son âge lorsqu'il fut lui-même abusé.

En reconstituant l'image que G. offrait au sein de l'institution avant qu'il ait ses comportements sexualisés, celle-ci offre la description d'un garçon très bien adapté à la vie institutionnelle, relativement indépendant et surtout très présent et disponible pour les enfants plus jeunes, avec lesquels il joue, auxquels il lit des histoires, etc. Il est même évoqué que G. avait une relation affectueuse et proche avec les garçons concernés par ses gestes à caractère sexuel.

Se pose alors la question du langage de l'affectif et du sexuel: désormais adolescent, donc actif sur

le plan de la sexualité, G. serait-il à son tour entré dans une confusion entre affectif et sexuel? Dans ce cas, est-il possible d'amener G. à une désintringation du langage sexuel adulte et du langage de l'affectif enfantin ? Nous offrons alors à G. un nouveau suivi thérapeutique au sein de notre équipe, en collaboration avec l'institution. Néanmoins, cela signera la fin des consultations psychologiques chez le thérapeute indépendant, lequel pose un diagnostic sans nuances d'abuseur pour G. et refuse dès lors de poursuivre son suivi. Notre travail avec G. s'étalera sur plus de deux années, et prendra fin lorsqu'il fera le choix de sortir du milieu institutionnel pour rejoindre son milieu familial, nous laissant sans informations pour le joindre et poursuivre le suivi thérapeutique.

RÉFLEXIONS SUR DES OUVERTURES THÉRAPEUTIQUES

Nous aborderons ici, dans un premier temps les réflexions concernant le travail avec la victime, ensuite celui concernant l'auteur, avant de conclure par quelques considérations générales sur la prise en charge thérapeutique.

En premier lieu, et dans une perspective autant thérapeutique que préventive, nous tenons à mettre en évidence toute l'importance qui doit être accordée aux jeunes victimes, en leur apportant une véritable attention lors de la révélation de faits. Le soutien apporté par l'entourage, qui passe notamment par la reconnaissance de l'agression subie, est un premier

facteur thérapeutique essentiel. En outre, l'aide thérapeutique apportée, si possible au plus près de l'événement traumatique, permettra peut-être d'éviter l'identification à l'agresseur décrite plus haut, et donc de diminuer la possibilité d'une répétition, à l'adolescence, des comportements abusifs subis.

Ensuite, il nous semble qu'un accompagnement thérapeutique spécifique, permettant notamment un travail de *déconfusion*, de désintringation entre les niveaux affectifs et sexuels, ainsi qu'un travail sur les potentialités d'attachement, visant à modifier les modèles internes opérants, sont des aspects théra-



peutiques essentiels afin d'éviter que la victime abusée ne devienne un jour l'abuseur, via le phénomène d'identification à l'agresseur décrit par Ferenczi. Une attention toute particulière doit ainsi être portée à la capacité de verbalisation du traumatisme sexuel subi, afin d'aider la victime à se dégager de la culpabilité qu'elle peut ressentir et de toute autre introjection possible de caractéristiques de l'abuseur.

De plus, notre équipe insiste régulièrement sur l'importance d'offrir ce travail thérapeutique au plus près de l'agression de l'enfant, ou à défaut le plus rapidement possible après la révélation des faits, par des thérapeutes formés à ces problématiques et aux modalités spécifiques de la prise en charge de tels enfants. Ferenczi, déjà à l'époque, avait ce sentiment, proposant également que [...] *cette puissance que les adultes ont face aux enfants, au lieu de l'utiliser toujours, comme cela se fait généralement, pour imprimer nos propres règles rigides dans le psychisme malléable de l'enfant, comme quelque chose d'octroyé de l'extérieur, pourrait être aménagé en moyen de les éduquer à plus d'indépendance et de courage* (Ferenczi, 2004). Il s'agit surtout d'amener les victimes à une intégration de l'épisode sombre de leur passé, permettant de continuer à vivre, et non survivre (Roisin, 2010) avec le poids de l'événement traumatique. L'objectif sera de trouver à

nouveau une confiance dans la bienveillance du monde, de retrouver ce qui fait la candeur et la créativité propre à l'enfant.

A défaut de soins adéquats, l'enfant risque de garder les séquelles du traumatisme, parfois masqué par un fonctionnement qui peut paraître normal, adéquat dans la vie quotidienne. Néanmoins, en devenant adolescent, il traversera une période riche en modifications hormonales et cérébrales. Ce moment critique de la construction de la personnalité pourra faire resurgir les événements traumatiques du passé, avec le risque d'amener l'adolescent à remettre ceux-ci en scène via des comportements à risques, voire délinquants.

Du côté de l'auteur, l'intérêt d'une prise en charge individuelle de l'abuseur, libre et consentie, est de permettre une véritable rencontre avec celui-ci, ouvrant sur un travail global de la compréhension de son histoire personnelle, y compris dans la dimension de sa construction psychique et émotionnelle. Nous pouvons alors observer, dans la singularité et la spécificité de la rencontre thérapeutique, le fonctionnement psychopathologique de l'agresseur sexuel. Nous soulignons bien entendu l'importance de ne pas sur-victimiser l'agresseur sexuel, au risque d'en faire un bouc-émissaire et de renforcer ainsi le déni de la transgression (Hachet, 2008). A ce

” L'objectif sera de trouver à nouveau une confiance dans la bienveillance du monde, de retrouver ce qui fait la candeur et la créativité propre à l'enfant. ”



propos, quand cela s'avère nécessaire, soutenir une reconnaissance par la justice de l'agression commise permet de structurer le rapport de l'agresseur avec la société, la loi, faisant fonction d'autorité. Ce processus judiciaire peut ouvrir vers une prise de conscience chez l'auteur de l'infraction, permettant alors l'émergence d'une demande d'aide.

Néanmoins, il s'agit plutôt, dans le cas qui nous occupe, d'adolescents (ou de jeunes adultes) pris au piège de leur propre parcours, naviguant entre insécurité affective et confusion, entre relation affective et sexuelle. Il nous semble alors essentiel de prendre en considération le petit enfant abusé et traumatisé qui continue à survivre à l'intérieur d'eux.

L'adolescence est une période qui est fortement reliée avec celle de la petite enfance. En effet, il s'agit pour les adolescents de s'appuyer sur leur attachement primaire pour développer leur indépendance et tester leur autonomie intellectuelle et émotionnelle. Ceci sera facilité par la relation bienveillante et soutenante avec les figures d'attachement, comme lors des premières années de la vie. A l'inverse, un attachement insécurisé risque de limiter le développement et l'autonomisa-

” Il s'agira de pouvoir adapter la prise en charge thérapeutique à la spécificité psychopathologique des adolescents auteurs de faits qualifiés d'infractions à caractère sexuel et de montrer, en tant que thérapeute, la capacité à offrir, au sein d'un lieu sécurisant, des modalités d'interactions nouvelles et stables. ”

tion de l'adolescent, complexifiant dès lors son accès vers l'incarnation d'une figure d'attachement positive pour sa propre descendance. Développant de nouvelles compétences cognitives, l'adolescent augmente sa capacité à se différencier des autres, acquérant un regard critique sur les qualités de ses propres parents et des relations d'attachement qui en

découlent, ce qui lui offrira dès lors l'occasion de rechercher de nouvelles figures d'attachement répondant à ses besoins. Toutefois, les modèles internes opérants construits à partir des relations parentales continueront à influencer l'individu toute sa vie.

Partant de cette hypothèse, il s'agira de pouvoir adapter la prise en charge thérapeutique à la

spécificité psychopathologique des adolescents auteurs de faits qualifiés d'infractions à caractère sexuel et de montrer, en tant que thérapeute, la capacité à offrir, au sein d'un lieu sécurisant, des modalités d'interactions nouvelles et stables. Tel que le présentait Ferenczi, par son tâtonnement dans la *méthode active* (Ferenczi, 2006), le thérapeute est un être en interaction avec son patient, dans un échange continu à travers le langage verbal, mais également dans le langage analogique et dans toutes les variations pos-



sibles d'émotions qui peuvent surgir. Il s'agit d'en avoir conscience afin de pouvoir utiliser ce matériel de base dans la résolution du traumatisme et d'amener l'individu à intégrer les différents événements précédents et acquérir de nouvelles modalités d'être en relation.

Les concepts théoriques développés jusqu'ici doivent alors permettre d'orienter les potentialités créatives des professionnels dans leur travail avec la victime ou l'auteur, à l'instar de ce que préconisait Ferenczi. Outre l'installation d'un cadre thérapeutique sécurisant, tant sur le plan matériel que relationnel, il s'agit d'aller à la rencontre de l'autre, observant le fonctionnement des différentes dimensions qui le constituent, dans un apprivoisement bienveillant. En fonction du développement et des compétences de la personne, l'utilisation du langage n'est pas toujours possible au sein de la rencontre thérapeutique. Le thérapeute peut alors mettre à disposition du patient son appareil psychique, offrant ses capacités à intégrer les blessures du passé, tout en étant attentif au contre-transfert. Cela peut se faire via l'utilisation de médias créatifs (dessins, terre glaise, marionnettes, collage, etc.), lesquels varient selon la sensibilité des individus et viennent offrir la possibilité de se réapproprier les scènes traumatisantes en permettant de les manipuler, de les moduler, etc. de façon à faciliter l'intégration psychique des événements passés. Le jeu libre, dans sa dimension ludique inoffensive, et via

l'ouverture d'un espace *tiers*, permet à l'enfant, l'adolescent ou l'adulte, de venir projeter et confronter ses représentations internes et ses modalités relationnelles. L'espace ainsi ouvert permet au thérapeute d'y travailler des concepts essentiels tels que l'intégration de normes, le développement du registre affectif, le domaine du sexuel, etc. En marge du travail thérapeutique ciblé sur la personne, il s'agit également d'être vigilant et de prendre en considération l'environnement quotidien au sein duquel évolue celle-ci. L'importance du regard pluridisciplinaire de l'équipe thérapeutique et le tissage d'un réseau autour du sujet nous apparaît essentiel. Encore faut-il une coordination efficace des différents acteurs professionnels afin d'offrir une cohérence dans la prise en charge et d'éviter tout événement traumatique supplémentaire.

Par conséquent, c'est ici que se joue l'invitation de Ferenczi à la créativité dans l'adaptation du cadre et de la méthode thérapeutique. Invitation que nous pouvons retrouver chez différents auteurs, comme Winnicott : *la psychothérapie s'effectue là où deux aires de jeu se chevauchent, celle du patient et celle thérapeute*. C'est ce que J. Roisin désigne comme le pouvoir thérapeutique de l'activité créatrice, parlant de la transformation des expériences par la production de représentations imaginaires et signifiantes (Roisin, 2010). L'expérience créatrice étant définie comme un mouvement pulsionnel de vie apportant la satisfaction d'être, faisant barrage à



l'expérience d'anéantissement traumatique. L'expérience créatrice vient également développer la possibilité de se tourner vers l'ouverture, là où les conditions d'attachement fondatrices, l'environnement maternant, l'insécurité n'ont pas permis aux jeunes d'accéder à de telles interactions.

Mais plus encore, il s'agira ensuite pour le sujet, en dehors du cadre individuel de l'entretien, de pouvoir développer et expérimenter les acquisitions faites lors de la thérapie à l'extérieur, dans son environnement social. Dès lors, il nous semble important d'impliquer la famille proche ou, à défaut, l'institution accueillante, afin de garantir l'évolution positive du jeune dans son contexte de vie. Nous pouvons aussi percevoir l'importance

” L'expérience créatrice vient également développer la possibilité de se tourner vers l'ouverture, là où les conditions d'attachement fondatrices, l'environnement maternant, l'insécurité n'ont pas permis aux jeunes d'accéder à de telles interactions. ”

d'une prévention et d'une intervention précoce auprès de (futurs) parents fonctionnant sur un modèle d'interactions insécurisantes, afin de pouvoir les sensibiliser et développer leurs compétences relationnelles envers leur enfant. De telles familles s'inscrivent souvent dans un environnement socio-économique qui vient augmenter la probabilité que l'enfant soit confronté à des interactions imprévisibles, incohérentes, stressantes, conflictuelles, ou violentes avec ses figures d'attachement. Le contexte de vie venant alors renforcer l'incapacité des parents à être sensibles et attentifs au bon développement de leur enfant, créant un cycle dont il est difficile de sortir sans l'accompagnement d'un professionnel.

parents à être sensibles et attentifs au bon développement de leur enfant, créant un cycle dont il est difficile de sortir sans l'accompagnement d'un professionnel.

CONCLUSION

L'objectif de cette publication est d'amener une réflexion sur un travail à long terme mené avec une population spécifique par une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge d'enfants victimes de maltraitance. L'idée n'est pas d'en proposer une généralisation, mais bien de sensibiliser les professionnels à l'importance d'un travail précoce autour des enfants victimes d'abus ou de maltraitance.

Au départ d'un contexte familial particulier (carences affectives, troubles de l'attachement, contexte socio-économique défavorisé), ou au sein de structures d'accueil, il s'agit d'être vigilant au développement des interactions sociales de l'enfant, de ses capacités à tisser des liens affectifs stables lui permettant d'acquérir l'expérience de liens d'attachement sécurisés, base solide pour la construction de son identité psy-



chique (cognitive et émotionnelle). Il s'agit de ne pas se contenter d'un comportement *normalisé* de l'enfant ou de l'adolescent, sans réel investissement relationnel, au risque de voir ce dernier reproduire les défaillances de ses premières figures d'attachement ou de développer des comportements délinquants.

Nous n'abordons pas ici les interrogations et dysfonctionnements de l'équipe, conséquences certaines d'un isomorphisme, ni les fantasmes que de telles situations génèrent. Nous passons, faute de temps (et de réponses?) sur ce que le traumatisme de la maltraitance vient interroger, tant dans la famille souffrante que dans l'équipe pluridisciplinaire. Nous ne faisons qu'effleurer la dimension transgénérationnelle de la maltraitance et de ses conséquences traumatiques. En outre, les repères développés concernant les liens d'attachement et le traumatisme ne sont qu'un fil parmi une multitude venant donner du sens à une situation particulière.

Notons en outre que la généralisation des propositions relatives aux pratiques thérapeutiques reste compliquée, tant l'expérience partagée ci-dessus est issue d'un cadre professionnel spécifique, d'une rencontre singulière au sein d'un contexte socioculturel défini, etc.

Néanmoins, finalement, ces limites peuvent être envisagées comme une richesse. En effet, lorsque nous pouvons en prendre conscience, celles-ci stimulent la créativité thérapeutique à condition d'adopter une position d'ouverture et de bienveillance. Cet article n'a pour ambition qu'un partage d'expérience afin d'inviter le lecteur à garder sa pensée en mouvement, l'invitant à se nourrir des réflexions scientifiques et philosophiques qui l'entourent, dans une attitude d'ouverture, permettant ainsi de s'adapter constamment au sujet, mais également au monde qui l'entoure.

BIBLIOGRAPHIE

- Côté M. (2004). La perception de l'importance et du type d'attachement du père et de la mère selon la structure familiale d'adolescents du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Mémoire non publié, Université du Québec, Chicoutimi, Canada.
- Ferenczi S. (2004). Confusion de langue entre l'adulte et l'enfant. Paris: Payot.
- Ferenczi S. (2006). L'enfant dans l'adulte. Paris: Payot.
- Ferenczi S. (2006). Le traumatisme. Paris: Payot.
- Gauthier Y., Fortin G., Jeliu G. (2009). L'attachement, un départ pour la vie. Montréal, CHU Sainte-Justine.
- Hachet A. (2008). Traiter les agresseurs sexuels? Bruxelles: Yapaka.be
- Hadi G., Linkowski P. & Leistedt S. (2016). L'enfance chez les auteurs de crimes sexuels; une étude rétrospective. Revue Médicale de Bruxelles 2007; 37 : 135-44.
- Hallet F. (2003) L'enfant souffrant de troubles de l'attachement. En ligne <http://projets.iedparis8.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/1-Lenfant-souffrant-de-.pdf>

- Labbé J. (2010). La théorie de l'attachement. En ligne http://www.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/La_theorie_de_l_attachement.pdf
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & Yogman (Eds), *Affective development in infancy*, pp. 95-124. Norwood, New Jersey, Ablex.
- Marshall W. L. (1994). Pauvreté des liens d'attachement et déficiences dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels. *Criminologie*, vol. 27, n° 2, 1994, p. 55-69. DOI: 10.7202/017355ar
- McLeod, S. A. (2007). Bowlby's Attachment Theory. En ligne <http://www.simplypsychology.org/bowlby.html>
- McLeod, S. A. (2014). Mary Ainsworth. En ligne <http://www.simplypsychology.org/mary-ainsworth.html>
- Miljkovitch, (2006). L'attachement au niveau des représentations. Dans N. Guédény & A. Guédény (Eds) *L'attachement: concepts et applications*, pp 25. Paris, Elsevier Masson.
- Rachman A. Wm. Ferenczi and Sexuality. In Aron, L., & Harris, A. (1993). *The Legacy of Sándor Ferenczi*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Robinson A. (2014). *Attachement maternel et adaptation chez l'enfant en bas âge*. Mémoire doctoral non publié, Université de Laval, Québec, Canada.
- Roisin J. (2010). *De la Survivance à la vie*. Paris: PUF.
- Stern, D. N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : PUF.
- Tardif (Ed.). *L'Aggression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières*, Cifas 2005. Textes choisis, pp 151-180. Montréal: Cifas-Institut Philippe Pinel de Montréal. <http://www.cifas.ca/> et <http://www.psychiatrieviolence.ca/>
- Tardif M., Hébert M. & Béliveau S. (2007), La transmission intergénérationnelle de la violence chez les familles d'adolescents qui ont commis des agressions sexuelles, dans M. Tereno S., Soares I., Martins E., Sampaio D & Carlson E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Médecine & Hygiène* 2007/2 (Vol.19), 151-188. En ligne http://www.cairn.info/zen.php?ID_ARTICLE=DEV_072_0151
- Van Gijseghe H. & Forouzan E. (1999). La prévention en matière d'abus sexuel. Pistes et dérapages. In H. Van Gijseghe (Ed.) *Us et Abus de la mise en mots en matière d'abus sexuel* (pp. 97-119). Montréal: Les Éditions du Méridien.
- Winnicott D. W. (2006). *La Mère suffisamment bonne*, Paris: Payot.



POUR ECOUTER UN ENFANT, ENTENDONS SES DESSINS

Diane Drory¹

L'enfance est un monde mystérieux dont, une fois devenu adultes, nous avons perdu bien des clés.

Alors, face à un enfant en souffrance, que lui proposer pour lui permettre de transmettre les messages concernant son monde intérieur, ses points d'attache sécurisants ou ses angoisses ? L'écoute de son langage verbal ? Une demande de parole telle que *Dis-moi ce qui s'est passé, tu peux tout me dire, explique-moi avec tes mots*, etc. incite souvent l'enfant à se taire plutôt qu'à communiquer... Ce mode d'expression verbal, l'enfant l'utilise essentiellement pour de la parole banalisée, copiée de l'adulte. Faut-il plutôt prêter attention au langage corporel ? Au classique *j'ai mal au ventre*, par exemple ? Oui, certainement, les maux du corps sont paroles, ils signalent, mais donnent peu d'éléments de compréhension quant à la souffrance subie. Le jeu symbolique, par contre, ou le dessin, nous en disent bien plus et se révèlent être des outils précieux.

L'homme peut penser de deux façons : à l'aide de mots ou à l'aide de *représentations mentales*, c'est-à-dire d'images. La pensée par image est la plus primitive, la plus archaïque, et est présente chez le

bébé avant qu'il ne sache parler. Quand les mots viennent à manquer chez l'adulte, c'est avec des images qu'il cherche à exprimer sa pensée, en ayant recours à des exemples concrets, à des symboles ou à des images sensorielles. L'enfant dessine ou met en scène pour expliquer son monde intérieur mais il ne sait pas ce qu'il dit. C'est une démarche qui l'engage dans ses composantes les plus insondables.

Expression d'une vérité en deçà des mots pour bon nombre d'enfants, le dessin est un moyen privilégié pour exprimer de la parole pleine. Il est une parole vraie, non au sens de ce qui est pensé et qui a force de preuve, mais il est la traduction symbolique de ce qui s'est révélé être marquant pour lui, dans sa vie.

Dessiner, c'est utiliser un moyen d'expression à mi-chemin entre le langage du corps, les cris, les gestes, les tics, les maladies et celui des mots. Ce geste graphique préexistant au langage intellectuel est un langage sans parole. Par ses tracés, le dessinateur nous dit qui il est, nous parle de ses expériences vécues, de ce qu'il veut, de ce qu'il pense. Chaque enfant a son style de dessins, reflétant la structure

¹ Psychologue et psychanalyste.



profonde de sa personnalité. S'intéresser à ses dessins permet de se faire une idée de la manière dont un enfant est en relation avec lui-même et avec le monde qui l'entourne.

Parole écrite, le dessin permet à l'enfant de projeter sur papier l'histoire de son développement biologique, ses attitudes face à la vie, la présence ou l'absence de liens sécurisants, ses émois, ses

conflits et sa manière de réagir aux difficultés ou aux souffrances qu'il rencontre. L'évolution du dessin est parallèle au développement de sa personnalité et à son processus de maturation psychophysiologique. La représentation du corps, des images parentales, de son environnement socio-affectif sont autant d'indices qui permettent de suivre la maturation de l'enfant et ses inscriptions affectives avec l'environnement.

Quand l'enfant commence à dessiner, il met en image son aptitude à symboliser. La feuille blanche se révèle être un espace à conquérir, un espace extérieur à lui sur lequel il pourra projeter son espace inté-

” S'intéresser à ses dessins permet de se faire une idée de la manière dont un enfant est en relation avec lui-même et avec le monde qui l'entourne. ”

rieur. Cet outil permet d'exprimer ce qui ne peut se dire autrement et qui doit se libérer dans l'état émotionnel du moment, dans un contexte affectif particulier, unique et chaque

fois différent. Mouvement entre la réalité et l'émotion, le dessin nous parle d'un moment précis dans la trajectoire de la vie d'un enfant, telle une voix frémissante qui cherche à se faire entendre.

Il nous faut déchiffrer, dans chaque dessin, le dynamisme particulier du dessinateur et rapporter cette signification à une situation vécue, particulière et individuelle. En effet, un enfant ne dessine pas n'importe quoi pour n'importe qui ! Un dessin adressé à sa mère sera différent de celui réalisé pour l'institutrice et encore différent s'il s'adresse à un professionnel doté d'une réelle écoute du cœur. En plus d'être un mode d'expression face à de grandes blessures subies, le dessin peut avoir un réel effet réparateur si celui qui le reçoit l'accueille, le comprend et en accepte le message.

COMMENT COMPRENDRE UN DESSIN ?

Pour décrypter un dessin d'enfant, pour entrer en communion avec la parole muette de l'enfant, il faut puiser dans notre propre inconscient.

L'inconscient, c'est quoi ? Prenons une image : l'inconscient serait semblable au tissu d'un chapeau, duquel surgissent ou s'extrait des pensées refoulées, indicibles, fantasmatiques, organiques, oniriques auxquelles on ne cesse de se cogner dans l'existence.



Force sera donc d'appréhender chaque dessin selon notre prisme personnel, sachant que lorsque l'on interprète un dessin d'enfant, rien n'est de l'ordre de l'évidence. Ces dessins évoquent les relations et autres réalités souvent indéfinissables du monde dans lequel l'enfant a grandi et devant lequel notre regard autant que nos pensées se posent en point d'interrogation.

Chaque dessin est une énigme. Sur l'être au monde, sur le pourquoi et le comment. Sur la manière dont tout un chacun cherche à donner du sens à son parcours de vie.

Des cavernes du cœur et des replis de l'âme surgissent les éléments qui composent le dessin. C'est pourquoi il n'y a ni beaux ni vilains dessins. Quand le dessin se veut parole, chaque enfant invente sa propre esthétique, d'un type de beauté loin des codes et des canons en vigueur. Parole déposée sur la page blanche, chaque dessin est

” Dans un dessin, chaque forme, chaque couleur revêt un sens symbolique. ”

l'émergence d'un ressenti qui n'a pas à se justifier.

Le dessin se revêt de toutes les formes substitutives que sont les laissez-passer symboliques. Dans un dessin, chaque forme, chaque couleur revêt un sens symbolique. Le symbole a le grand avantage d'ignorer la censure et de permettre de véhiculer des messages inconscients.

Ainsi, dès qu'il le peut, l'enfant fera du dessin une formulation ou une réponse trouvée aux multitudes de questions qu'il se pose en grandissant. Il nous y parle de joies, de soucis, nous révèle les difficultés qu'il rencontre. De qui se sent-il proche ? A-t-il le sentiment d'avoir une place dans sa famille ? Ou préférerait-il ne pas être de ce monde ? Les dessins spontanés (non commandés par une esthétique scolaire) parlent de l'enfant au cœur de son humanité.

LE SENS DU DESSIN

Lorsque l'enfant commence à dessiner, ses dessins sont à la fois le récit de l'histoire du monde depuis sa création (symbolisme universel), le récit de sa vie prénatale (il se dessine *in utero*) et peut aussi parler de son histoire et de comment il se vit là, *aujourd'hui*. Les dessins sont universels et intemporels.

Le mouvement psychique et graphique à la base du dessin entraîne un ensemble de représentations

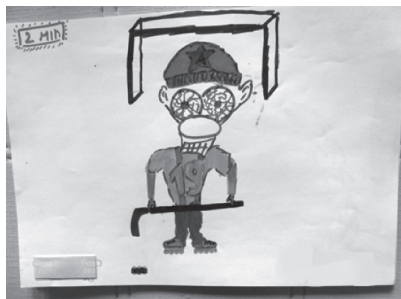
qui viennent s'inscrire et participer à l'expression de la névrose infantile, comprise comme passage obligé pour tout être se développant normalement. En ce sens, le dessin figurera la construction du moi corporel et psychique ainsi que l'ancrage des identifications et des attachements.

Le dessin est un moyen pour aider l'enfant à identifier son propre ressenti. Chez l'enfant, le dessin si-



gnale, entre autres, le conflit intra-psychique, comme le rêve le fait chez l'adulte. Cette faculté disparaîtra progressivement à la fin de la phase de latence.

Dessin de l'attaquant



Pour celui qui est familiarisé avec le sens des symboles, ce dessin est riche d'enseignement. Ce grand nez (né) vide, telle une bouche hurlante nous renvoie à une vérité de la vie fœtale. En effet, la mère m'informa de sa culpabilité de n'avoir pu, pour des raisons personnelles, se réjouir d'attendre un garçon et par conséquent investir affectivement la grossesse. La taille de la tête du personnage nous montre l'ampleur des questionnements mentaux par rapport à l'investissement libidinal du corps, sans parler de l'envahissement du cerveau par le rouge² de la colère. Comment ne pas être impressionné par l'angoisse dont nous parlent ces énormes yeux injectés de sang ? Les dents servent de cou comme si seule l'agressivité peut faire lien entre la pensée et le corps. Et ce grand stick de hockey

” Le dessin est un moyen pour aider l'enfant à identifier son propre ressenti. ”

noir, impossible à manier avec aisance, vu la taille des mains. Nous parle-t-il symboliquement d'un phallus mal géré qui lui coupe le corps en deux, etc. ? Tant et tant de choses se disent dans un seul dessin. Toute la difficulté est d'y repérer ce qui tente de se dire.

En écoutant le récit que Valentin nous fait à propos de son dessin, nous en apprenons encore plus. *C'est un attaquant. Il s'appelle Gité (= agité ?). Vous aurez compris que le motif de la consultation est l'extrême agitation souvent violente de cet enfant de 9 ans.*

Il a un chapeau car il a froid (ne pas se sentir entouré d'une chaleur affective) et l'étoile veut dire attaquant (étoile renvoie à et toi = l'autre, se vit-il comme étant attaqué par l'autre qu'il attaque en retour ?). C'est un entraînement. Il a fait une faute (être un garçon ?) Il a tapé dans le genou (je-nous qui parle de l'élaboration psychique du devenir un Je individué sans perdre le Nous du lien sécurisant à la mère) de son adversaire (la mère avec qui il est en conflit constant ?). Il est méchant (il s'imagine pas aimable au regard de l'autre). Il va dans la cage de la pénalité (le goal qui enferme sa tête montre comme il se sent enfermé dans le cercle vicieux de la violence qu'il provoque, et reçoit en retour par le rejet et les punitions parentales). Il casse tout (oui, les parents consultent pour les colères incontrôlées de Valentin). Il frappe dans la figure de l'arbitre (sans

² Dans le dessin initial, le cerveau ainsi que les yeux sont coloriés en rouge.



doute ici, ivre de désespoir et de sentiment d'abandon, il fantasme son désir de frapper le père). *Il est exclu du match* (sans cesse rabroué pour son comportement, Valentin se sent le mauvais enfant de la fratrie, l'exclu).

Puis, prenant un temps d'arrêt, il poursuit en disant : *Au match suivant il va arrêter de frapper les autres*. Par ce récit, l'enfant peut reprendre courage et au lieu d'être noyé dans sa colère et sa solitude, il peut envisager l'idée que la vie peut être autre chose qu'une lutte *d'attaquants* pour survivre.

LE DESSIN : OUTIL DE COMMUNICATION

Un dessin peut être une question posée à l'adulte, une représentation de l'image que l'enfant a de lui-même, celle d'une angoisse qui le tenaille, une parole qui illustre un blocage, une relation étouffante quand l'enfant se sent enkysté dans le désir de l'autre, un vécu de maltraitance, un sentiment de solitude, etc. Mais comment savoir de quoi un dessin parle ? Comment le décrypter ?

Ils sont semblables à des hiéroglyphes, dont l'adulte a oublié la clef de décodage, déclare un père soucieux de capter les messages que sa fille lui adresse.

N'ayons crainte de demander le soutien de l'enfant qui souvent, de bon gré, est prêt à communiquer à propos de son dessin. Restons humbles, car en grandissant, l'adulte perd certaines capacités intuitives. Devant l'enfant qui hésite à commenter son travail, je ne crains pas

Pour permettre la réelle parole d'un dessin, il est important *de ne pas couper la parole* à l'enfant. Quand il n'est plus un moyen d'expression libre, le dessin perd l'essentiel de son sens profond. Si je lui avais demandé de dessiner un personnage, ce dessin n'aurait pas été aussi riche, Valentin s'imaginant sans doute que j'attendais qu'il fasse un *beau* bonhomme. Lorsque dessiner devient un projet imposé par l'adulte, le dessin est réduit à devenir une tâche pédagogique parmi d'autres.

de lui dire qu'en grandissant l'adulte devient un peu bête pour certaines choses. Comme nous ne savons pas lire dans ses pensées inconscientes (ce qu'un enfant fait souvent avec aisance par rapport à nos pensées), demandons à l'enfant de nous éclairer sur ce qu'il se passe entre les éléments représentés. Pour approfondir notre compréhension, il est important de demander à l'enfant le récit de ce qui se passe là au creux de ses tracés. *Raconte-moi l'aventure qui se passe dans ton dessin ?* Souvent, l'enfant est surpris par cette question. En général, il ne sait pas lui-même ce qui l'a poussé à réaliser tel ou tel dessin. Ne vous méprenez pas, il ne s'agit en aucun cas de lui demander de décrire son dessin, nous avons des yeux pour regarder.

En lui demandant de narrer ce qu'il a déposé sur la feuille, nous lui offrons la possibilité de mettre des mots sur sa parole inconsciente.



Dessin : la main de la sorcière



Ivo (15 ans) consulte pour troubles du sommeil. Au quotidien, tout va bien pour cet enfant unique qui répond en tous points aux attentes parentales. Tandis qu'il me parle de ses difficultés d'endormissement, un dessin spontané surgit sur la feuille de papier (il y a toujours sur mon bureau des feuilles de papier et crayons à portée de main). Quand je lui demande de parler de cette main, telle en est sa description : *C'est la main d'une laide sorcière. Elle griffe avec sa sale voix. Elle donne de la pourriture qu'on doit manger. Quand elle se fâche, elle a une voix haute.* Sans doute est-ce la première fois qu'Ivo trouve un moyen d'exprimer le poids que les exigences maternelles (vraies ou fantasmées ?), font peser sur lui.

Cette forme de rêve éveillé exprimé par Ivo, permet au thérapeute de poser les premiers jalons d'un accès aux angoisses, soucis ou autres fantômes concernant la relation entre cet adolescent et sa mère. Il est évident que l'on se garde bien de communiquer cette interprétation (qui demande toujours d'être confirmée par d'autres éléments apparaissant lors des consultations) au dessinateur. Faire des interpré-

tations *sauvages* est à coup sûr la meilleure façon de faire taire celui qui doit nous ouvrir son cœur.

N'ayons donc pas de fausse pudeur et demandons à l'enfant de commenter son dessin. Encore mieux, si nous en avons l'occasion, prenons le temps de voir comment le dessin se construit, quel élément vient en premier lieu, quel élément est raturé, quel élément est rajouté lors du commentaire, etc.

Voici quelques exemples.

Jacques se lance dans un dessin. Il commence, rature le tout et tourne la feuille. Il recommence, s'énerve, la forme dessinée a quatre pattes et à l'avant comme un museau allongé. Il réajuste le trait et rallonge le museau. A lui-même, il marmonne *C'est une grosse patate* et s'adressant à moi, il me demande : *Devine ce que c'est ?* Je lui réponds : *Tu sais, c'est difficile de deviner, moi je ne sais pas lire dans ta tête donc il faudra un peu m'expliquer. Mais avec une trompe, ça se voit !* Je lui demande : *Serait-ce un éléphant ?* Il acquiesce. En l'écoutant, j'ai déjà appris que *Quand on se trompe, ça se voit, on se sent alors une grosse patate.*

En effet, Jacques doute souvent de lui. Il a l'impression d'être ridicule quand il est maladroit ou quand il n'a pas trouvé d'emblée la réponse à un problème quotidien. Ou encore quand il ne trouve pas immédiatement la réponse à un exercice de maths, par exemple.

Raturer, recommencer, retourner la feuille, la trouser ou la déchirer



sont autant d'indices nous permettant de comprendre comment un enfant réagit de façon hésitante, rejetante ou rageuse face à ses productions. S'il a de la peine à les accepter, c'est qu'il y a des chances qu'il ait de la peine à accepter comment il est ou qui il est... Parce que dans ses liens d'attachements, il ressent chez l'autre une difficulté à l'accepter tel qu'il est...

Écoutons un autre enfant, assez timide, voire complexé, ayant l'impression qu'en toutes choses son frère répond plus aux souhaits parentaux. Son frère, par exemple, ne fait pas comme lui des colères. Savez-vous ce qu'il a dit en offrant son dessin à sa mère ? *Je voulais faire un cheval, mais il est raté, il n'a*

pas de sabots (ça beau). Eh oui, cet enfant ne se sent sans doute pas assez beau aux yeux de sa mère à cause de ses colères, mal perçues par celle-ci. Symbole de la virilité, de la force de vie, le cheval est un animal fougueux qu'il faut apprendre à dompter. Aux yeux de cet enfant, sa fougue mal gérée le rend raté et donc pas beau aux yeux du regard maternel.

Certains d'entre vous souriront en me lisant. Cela manque de rationnel, c'est peut-être chercher loin... Il faut savoir que la poésie, le sens du symbole et le jeu de mots sont des outils de langage habituels et spontanés de l'enfance et qu'ils se retrouvent souvent présents dans le processus du dessin.

COMMENT L'ENFANT PEUT-IL PARLER DE SES VÉCUS D'ATTACHEMENT ?

Quand il est très petit, les graphismes de l'enfant sont en réalité des produits de sa mémoire. Son corps ne peut pas dire ce qu'il a éprouvé avant de naître, mais il peut d'une certaine façon le rejouer, même plus, le représenter aux travers de ses gestes graphiques. Aucun tracé n'est dépourvu de sens. Aucun dessin spontané n'est *insignifiant*, car chaque geste est une production du corps, donc de la mémoire.

Tous les enfants n'ont pas cette capacité à reproduire les étapes de leur vie fœtale. Pour ce faire, deux facteurs ont une influence consi-

” Quand il est très petit, les graphismes de l'enfant sont en réalité des produits de sa mémoire. ”

dérable. En premier lieu, la liberté d'expression laissée à l'enfant par son environnement et l'accueil que celui-ci réserve aux productions graphiques du petit. Un autre paramètre, celui du corps à corps sécurisant du bébé avec sa mère, l'aide à assimiler les expériences de la naissance et à renouer avec les expériences prénatales. Un transfert positif avec un thérapeute permet aussi à un enfant traumatisé de renouer avec sa liberté d'expression.



Dessin d'une tentative échouée d'avortement



Ce dessin fut réalisé spontanément lors d'une consultation d'une petite fille de 5 ans avec ses parents. Cette petite refusait toute manifestation d'attachement avec sa mère. La vue du dessin a poussé le thérapeute à questionner la traversée de la grossesse. C'est alors que le souvenir d'une tentative (ratée) d'avortement, lors de cette grossesse indésirée, est remonté à la surface. Les parents ont pu expliciter la situation de leurs doutes à l'époque et confirmer la force et la réalité du lien qui les unit tous actuellement. La tristesse lancinante qui habitait cette petite a pu ainsi la quitter...

Dessin d'une enfant née en catastrophe suite à une éclampsie



Naître, c'est découvrir l'existence terrestre et ses lois physiques. Après la naissance, pour naître sujet de lui-même, l'enfant doit entreprendre une activité relationnelle essentielle : l'attachement. C'est au travers de celle-ci, que dès la naissance, l'image du corps se forge. Elle est ce que le corps de l'enfant ressent, ce qu'il éprouve. Cette image est à la fois faite de sécurité et de fonctionnement dynamique (la mère nourissante permet à l'enfant de vivre). Cette image du corps va l'aider à construire sa propre image narcissique, qui devrait être construite à 3 ans.

Au tout début de la vie terrestre, le bébé confond son corps avec celui de sa mère. Il a une sensation de plénitude lorsqu'il se remplit de lait, son image du corps est alors un ballon bien gonflé. Le bébé ressent une angoisse existentielle d'inexistence lorsqu'il se ressent vide de lait : il doit boire pour vivre. A ce moment-là, son image du corps ressemble à un ballon étranglé en son milieu comme une pelote de laine (on retrouve des détails en forme de haricot dans certains dessins). Une fois repu, son image du corps redevient sphérique (le dessin renvoie bien l'image du corps par le biais de formes bien rondes comme des ballons, des balles, des montgolfières).

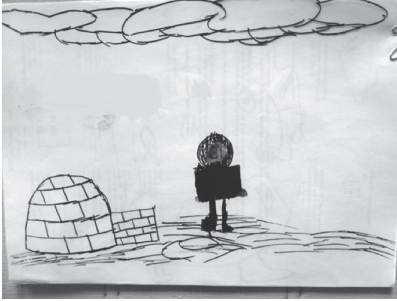
De la façon dont va se dérouler le contexte nutritif, l'enfant évoluera sainement vers l'état de symbiose où il se sent faire un tout avec sa mère, en étant rassuré d'être avec elle une entité distincte avec un extérieur et un intérieur. Une bulle



énergétique mère-enfant se forme ainsi. Ou, au contraire, son évolution sera chaotique, et l'angoisse de morcellement se révélera par des dessins aux éléments disparates parsemés sur la feuille, et sans lien entre eux.

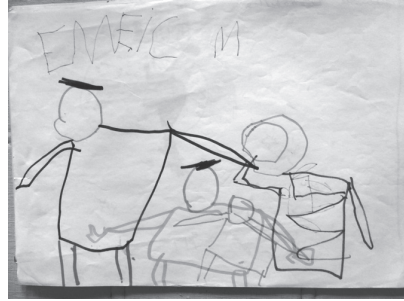
Trop de frustrations entraîne une angoisse physiologique et une fragilité du narcissisme. Ainsi les dessins de paysages glacés peuvent exprimer l'angoisse d'abandon.

Dessin de l'igloo



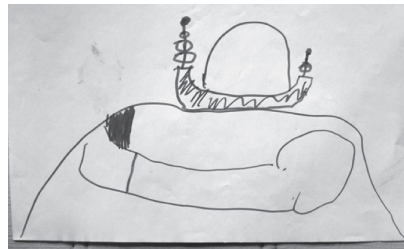
Par contre, le *trop peu* de frustrations de parents tellement prévenants qu'ils pensent, offrent et font tout à la place de l'enfant, empêchent par cet excès d'attachement de se construire dans une autonomie personnelle hors de la symbiose familiale.

Dessin de famille d'un garçon de 10 ans qui montre clairement la difficulté pour les membres de cette famille d'être détachés les uns des autres



Lorsqu'aucune instance tierce (le père par évidence non exclusive) ne vient nommer la différence des places entre mère et enfant, la fusion des corps et des désirs perdure. Au fil des ans, cet attachement tout en confusion entraîne, entre les protagonistes, le risque d'une relation haine-amour inextricable. Ainsi le dessin suivant intitulé par l'adolescent de 14 ans *Un bateau dans la mer* pourrait être lu comme *un pénis dans la mère*, en d'autres mots le réel sentiment de possession du fils par rapport à sa mère.

Dessin : Un bateau dans la mer

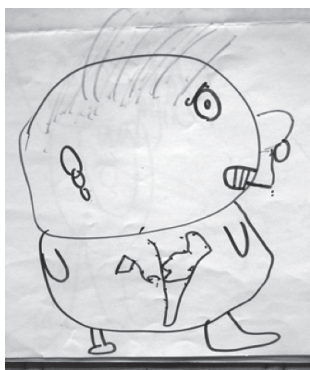




Vers 2 ans, par le biais de l'autonomie, l'enfant se détache de sa mère pour grandir et évoluer, pour passer de l'état d'objet à celui de sujet. Un espace d'échange se crée, espace transitionnel et fondateur de toutes les identifications. En effet, l'interlocuteur n'est plus un contenant, mais un *lieu de réponse*, un porte-parole, un représentant de l'ordre des choses par les mots.

L'image du corps anal devient une image kinésique. Dans le dessin du bonhomme, l'importance est donnée aux bras et aux jambes, car l'enfant va découvrir le faire avec le corps. C'est l'âge de la colère et de l'opposition, le Non et les conduites d'opposition vont se heurter au principe de réalité que sont les interdits et les frustrations.

Dessin de Bobby s'en va en guerre



Ou encore : maman tu es laide !



Remplacer la représentation humaine par celle d'un robot peut être le signe d'un besoin de liberté non assouvie et d'un sentiment de non-responsabilité puisque téléguidé. La difficulté du choix personnel et de l'identification pousse l'enfant à se représenter sous la forme d'un mécanisme qui obéit à la contrainte de l'adulte. Il se moque ainsi de son inévitable dépendance et s'illusionne de force et de liberté.

L'étape suivante de la construction de l'identité au travers des liens d'attachement sera le premier pas vers tout ce qui conditionne l'adaptation sociale. La première différenciation essentielle de ce stade consiste pour l'enfant à se situer en fonction de son propre sexe : il n'est plus un petit, un bébé mais un garçon ou une fille. Apparaissent donc dans le dessin les attributs féminins (*jupe, hauts talons, sac, bijoux, etc.*) ou masculins (*pantalons, canne, épée, biceps sur les bras, etc.*).



CONCLUSION

L'enfant est un métaphysicien. Pas à pas, il se posera toutes les questions essentielles quant à la vie et à la place du sujet dans cette vie. Toute pulsion de vie, chaque expression de l'âme exige une expression du corps, une participation de l'être dans sa totalité.

Prioritairement au langage verbal et écrit, nombre d'enfants privilégieront le langage des signes et le langage pictural. Ces langues-là, on ne les enseigne pas à l'école. Cependant, le langage pictural peut être appris par tous, présentant l'avantage de n'avoir ni grammaire, ni orthographe, ni mots étrangers.

Il se fait que le dessin est une expression particulièrement riche de la vie du corps et de l'âme. De même, le tout-petit percevant la faim, fait des signes pour se faire comprendre, il désigne. Plus tard, pour parler de lui, il dessine. Et bien plus tard, il parle ou essaye de parler d'états d'âme ou de ressentis qu'il ne ressent plus consciemment.

L'enfance, submergée par les pulsions et leur sublimation, sera le fruit d'une grande aventure. Le dessin pourra lui être d'une grande aide pour construire son Moi. Il permet à l'enfant de se révéler à lui-même avec les hésitations, les frayeurs et les joies qui lui sont propres, à tel point que souvent il craint de découvrir ce qu'il dessine. Malgré cela,

en extériorisant ce qui l'opprime, il apaise son angoisse.

N'oublions cependant jamais que tout dessin fait pour nous, devant nous, sera une confiance, un message direct. Le respect de l'enfant et de l'intimité de la vie de son inconscient est une base essentielle de l'utilisation du dessin comme outil de diagnostic ou de thérapie. Ceci explique le fait que les enfants et familles rencontrés ont marqué leur accord pour l'utilisation de leur dessin (anonymisé) dans une démarche continue de recherche et de publication scientifique. En

” Le but d'un dessin d'enfant est atteint lorsque le récepteur fait l'effort de lire ce qui est dessiné, d'écouter ce qui y est explicité. ”

outre, une interprétation brutale, voire sauvage ou, exacte mais faite sans tact, est une humiliation qui serait semblable à la blessure d'un adulte déshabillé sur la place publique.

Face à de grandes blessures subies par l'enfant, le dessin peut avoir un réel effet réparateur si celui qui le reçoit comprend, accueille, et en accepte le message. Le but d'un dessin d'enfant est atteint lorsque le récepteur fait l'effort de lire ce qui est dessiné, d'écouter ce qui y est explicité. Il est vrai que parfois, la lecture est ardue. Le monde de l'enfance est si mystérieux...

MA VIE DE COURGETTE

Icare a 9 ans, et préfère qu'on l'appelle Courgette, comme sa mère l'a toujours appelé. Son père est parti car il *aimait trop les poules*. Sa mère, alcoolique, est décédée accidentellement d'une chute dans l'escalier, dont il se sent responsable. Devenu orphelin, il est conduit dans un foyer pour enfants par Raymond, un policier qui s'attache à ce petit garçon aux yeux tristes, et qui lui rend fréquemment visite. C'est là qu'il fait la connaissance de Simon, qui cache son grand cœur sous des airs de caïd, de Béatrice, Ahmed, Jujube et Alice, tous aussi tendres que leurs histoires sont dures. Alors qu'il pensait que *c'était l'endroit pour ceux qui n'ont plus personne pour les aimer*, un monde nouveau s'offre à lui. L'amitié, les découvertes, puis surtout, l'arrivée de l'amour dans sa vie en la personne de Camille, 10 ans, qui rejoint le foyer peu après. Les enfants vont devoir faire preuve d'ingéniosité pour la protéger de son ignoble tante, prête à tout pour la récupérer et profiter de l'argent des allocations de l'orpheline, et chez qui Camille vit un enfer.

Bon gré mal gré, les enfants tentent cependant de vivre un semblant de vie normale à l'orphelinat, loin de leur environnement toxique, et leur force de résilience les y aide énormément. Le courage de ces enfants, qui ne sont plus victimes

de leur passé, mais acteurs de leur présent, est clairement palpable. Le passé n'est d'ailleurs que rapidement évoqué, afin de laisser la place au présent, puis à l'avenir.

Les enfants sont représentés par des marionnettes aux têtes démesurées et aux grands yeux ronds, sur lesquelles des détails marquent la personnalité : la cicatrice de Simon (qui refuse de montrer sa sensibilité), la mèche blonde d'Alice (abusée sexuellement par son père) qui lui cache le visage, les cernes bleus de Courgette (maltraité par une mère alcoolique),...

Ce film d'animation, tourné image par image, ressemble à s'y méprendre à un long-métrage rassemblant de vrais acteurs. Le décor est triste mais les images sont superbes. Les enfants du foyer ont une vision de l'âge adulte tronquée par leur expérience personnelle : folie des parents, prise de drogues, alcoolisme, crimes passionnels, expulsion raciste, pédophilie...

Quand ils voient autour d'eux des gestes de tendresse, ils semblent douter qu'un parent en soit capable. Leur souffrance est illustrée avec tact par divers comportements : troubles obsessionnels compulsifs (TOC), énurésie, boulimie, agressivité, ou encore troubles de l'attachement...



Dans ce film tourné à hauteur d'enfants, nous sommes les spectateurs de leurs blessures, de leur imagination et de leur humour, ce qui permet un temps de réflexion pour chaque adulte, et surtout, une véritable remise en question...



Bénédicte Deliège,
Service SOS Enfants.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

Pour la publication dans le Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles

La revue, Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, publie des textes scientifiques en français relatifs à l'enfance maltraitée et ce dans toutes ses dimensions. Il peut donc s'agir de textes touchant au regard sociologique, psychologique, médi-

cal, juridique... Les textes viseront à faire le lien entre la recherche ou la théorie et la pratique ou, inversement, à susciter ou proposer des questions de recherches issues du terrain.

LA REVUE PROPOSE 3 RUBRIQUES DISTINCTES :



Article

Il s'agit d'articles de recherche originaux, de rapports de recherche, de réflexions cliniques ou encore de résumés des connaissances empiriques et de leurs applications pratiques, en rapport ou non avec la thématique proposée pour chaque numéro. Il peut également s'agir d'articles précédemment publiés dans une revue non spécifique à la maltraitance ou dans une autre langue que le français et dont la réédition est justifiée par l'intérêt du texte pour les problématiques actuelles ou par une discussion de l'auteur ajoutée *a posteriori*.

Cette rubrique est scindée en deux sous-rubriques : « carnet de recherche » et « carnet clinique ». La distinction vise à différencier les travaux de recherche scientifiques des écrits construits sur base d'une pratique de terrain, par exemple. Pour les articles en langue étrangère, une traduction française est requise.

Les articles ne dépassent pas 15 pages, bibliographie comprise (et peuvent donc être plus courts notamment dans le cas de résumés). Ils sont accompagnés d'un résumé en français et en anglais et de 3 à 5 mots-clés dans les deux langues également.

L'auteur portera son attention aux éléments suivants

■ **Titre**

Il est clair et concis et met en valeur le contenu de l'article. De plus, il correspond exactement à l'étude/à la démarche clinique.

■ **Résumé**

Il est rédigé en français et en anglais. Il s'agit d'un condensé de l'ensemble de l'étude/la pratique clinique. La problématique, les fondements théoriques, la méthode, les résultats, la discussion, la conclusion ainsi que les implications doivent y apparaître.

■ **Introduction et revue de littérature**

Dans l'introduction, le but de l'article est clairement énoncé (objectifs et hypothèses). Le sujet est délimité de manière stricte et le plan général est clairement présenté. Les concepts importants sont clairement définis. Il y a un rappel des principales données connues sur le sujet.

La revue de littérature est accessible aux lecteurs. Les allusions aux données connues sont toujours accompagnées de références bibliographiques. La littérature est au service de la réflexion donnée.

■ **Matériel et méthodes**

Article de recherche

Les variables choisies, le plan de recherche, la méthodologie, les instruments de mesure, l'échantillon/la méthode d'échantillonnage, la procédure de collecte des données, le contexte ainsi que les méthodes d'analyse statistiques sont décrits.

Article clinique

Le dispositif de prise en charge est énoncé (cadre de travail, population cible..) et ses limites sont identifiées.

■ **Résultats**

Article de recherche

La section se limite à la présentation stricte des résultats et ne contient ni d'opinion, ni de discussion. Les énoncés de résultats sont accompagnés de données précises. Les tableaux et les chiffres sont utilisés efficacement.

Article clinique

Il s'agit d'un regard réflexif sur la pratique clinique : la théorie sert à réfléchir sur la pratique et/ou la pratique sert à développer des éléments théoriques.

■ **Discussion et conclusion**

La discussion/conclusion fait bien ressortir tous les éléments discutables. Elle porte sur les résultats et non sur un autre sujet. Ces résultats sont mis en lien avec la revue de la littérature. Les interprétations et affirmations se basent sur les résultats présentés. L'article suscite de nouvelles questions, amène de nouvelles pistes de travail.

■ **Références**

Chaque source est choisie judicieusement. L'auteur prouve également sa compréhension des sources sollicitées. Les références sont présentées selon les règles .

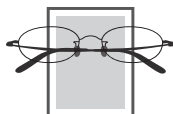
■ **Considérations générales**

Les différentes sections et leur titre sont clairs. La terminologie est uniforme. L'article est abordable. Le style est clair et agréable. Aucune faute d'orthographe n'apparaît. L'article est suffisamment innovant et intéressant pour justifier sa publication.



Vignette clinique

Il s'agit du récit d'une situation clinique et de sa prise en charge visant à rendre compte de la réalité de terrain. Celle-ci doit être en lien avec la thématique du numéro. Le texte doit permettre de rendre compte de la prise en charge plus que d'une élaboration théorique, tout en respectant scrupuleusement l'anonymat. Les vignettes ne dépassent pas 6 pages.



Incitation à...

Il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage, d'une publication, d'un film, d'une pièce de théâtre... récents dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé présentera les grandes lignes de l'œuvre de référence et ce que l'auteur du résumé y a trouvé comme intérêt. Il s'agit donc d'un résumé personnel et nominatif.

RECOMMANDATIONS POUR LA PUBLICATION

Les textes sont rédigés en Times New Roman 12 de simple interligne et sont envoyés en format .doc(x) à l'adresse sos-enfants@one.be. Si le texte est accepté en première lecture par les membres du Comité éditorial, il est analysé sur le principe du Peer Review par au moins deux experts du domaine qui peuvent suggérer à l'auteur des modifications. Pendant toute la durée de l'évaluation, l'anonymat, tant de l'auteur que des lecteurs, est préservé. Quelle que soit la décision, un

avis est rendu à l'auteur dans les 3 à 6 mois. En soumettant son texte à la revue Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, les auteurs lui cèdent leurs droits et marquent leur accord pour une publication papier et électronique en open source.

Sur la première page du texte figure, pour tous les formats, le nom complet des auteurs et leur(s) affiliation(s), les coordonnées complètes du premier auteur considéré comme l'auteur principal et avec qui communique la rédaction.

NORMES BIBLIOGRAPHIQUES

Toute référence à un auteur doit être mentionnée à deux reprises : dans le corps du texte et sous le titre « Références » en fin d'article.

Références dans le texte : dans le texte ne figure que le nom du premier auteur suivi de et al. ou les noms des deux auteurs, s'il n'y en a que deux. Les noms sont suivis de l'année de publication, dans l'ordre chronologique s'il y en a plusieurs :

« Cette recherche confirme que le nombre d'homicides sur les très jeunes enfants est en France grandement sous-évalué et que la tendance à la suspicion de maltraitance est beaucoup moins développée qu'elle ne l'est dans d'autres pays (Resnick, 1970; Overpeck *et al.*, 2002) ».

Références en fin d'article : la liste des références est présentée par ordre alphabétique.

Pour les livres, le nom des auteurs est en minuscule, suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre en italique, suivi de la ville et de la maison d'édition :

Romano, H. (2010). *Enfants maltraités, descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*. Paris, Fabert.

Aubert, N. ; de Gaulejac, V. (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris, Seuil.

Pour les articles, le nom des auteurs suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre, du nom de la revue en italique, du numéro

et des numéros de la première et dernière page de l'article :

Overpeck, M.D.; Brenner, R.A; Cosgrove, C.; Trumble, A.C.; Kochaneck, K.; MacDorman, M. (2002). National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*, 109: 274-283.

Resnick, P. (1970). Murder of the newborn: a psychiatric review of neo-naticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126 b: 1414-1420.

Deux références d'un même auteur parues la même année sont à distinguer dans le texte et dans la bibliographie comme suit : (2013a) (2013b).

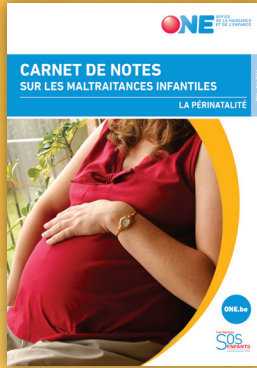
NORMES DE SAISIE

Saisir en italique, sans mettre de guillemets :

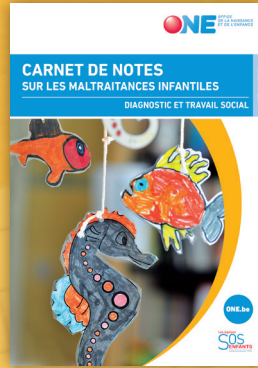
- Les mots que l'on souhaite exceptionnellement faire ressortir.
- L'extrait du discours d'une personne (dans le cas des vignettes cliniques par exemple). Les éléments du contexte ne sont pas en italique.

Les tableaux et les figures sont numérotés en chiffres romains, par ordre d'apparition dans le texte. Leur emplacement doit être précisé dans le texte, entre parenthèses.

LES NUMÉROS DÉJÀ PARUS



N°1 La périnatalité



N°2 Diagnostic et travail social



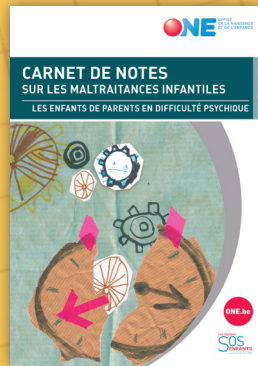
N°3 Maltraitance sexuelle et conjugualité



N°4 La transmission intergénérationnelle



N°5 L'inceste fraternel



N°6 Les enfants de parents en difficulté psychique

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

DOCBU0001
D/2018/74.80/55
N° ISSN 2295-5518



Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be



Rejoignez-nous sur



ONE.be