

L'enfant face au traumatisme

Préface de Boris Cyrulnik

A photograph of a young child with dark hair, seen from the side, looking out a window. The window is covered in raindrops, and the background outside is blurred. The child is wearing a yellow top.

Hélène Romano

DUNOD

L'enfant face au traumatisme

2^e édition

Préface de Boris Cyrulnik

Hélène Romano

DUNOD

© Dunod, 2020

ISBN : 9782100813421

Composition : *Publilog*

www.dunod.com

Dunod Editeur

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes des paragraphes 2 et 3 de l'article L122-5, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, sous réserve du nom de l'auteur et de la source, que « les analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information », toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite (art. L122-4). Toute représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, notamment par téléchargement ou sortie imprimante, constituera donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

All rights reserved. This work may not be translated or copied in whole or in part without the written permission of the publisher.

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce livre par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm, est interdite sans autorisation écrite de l'éditeur.

À Hadja

*« Ce qui m'émeut si fort de ce petit prince endormi, c'est la fidélité
pour une fleur, c'est l'image d'une rose qui rayonne en lui comme
la flamme d'une lampe, même quand il dort [...] il faut bien protéger les lampes : un coup de vent peut les éteindre ».*

Antoine de SAINT-EXUPÉRY

Préface

Boris Cyrulnik

DANS NOTRE MILIEU, on parle de « notion » de trauma. C'est dire que ce mot qu'on emploie tous les jours est loin de faire l'unanimité. S'agit-il d'un fait réel qui, déchirant les enveloppes du Moi, provoque des troubles psychiques caractérisés ? Ou au contraire, s'agit-il d'une vulnérabilité émotionnelle qui expliquerait qu'un fait qui déchire une personne, laisse son voisin indifférent ?

Quand Pierre Janet a proposé cette métaphore venue de la chirurgie osseuse, il voulait simplement dire, qu'un impact extérieur déchire les enveloppes d'un os et bouleverse l'organisation intérieure. Dans un premier temps, Freud a repris cette notion pour dire que la tentative de séduction sexuelle réelle bouleversait durablement le monde intime d'un enfant. Puis il a évolué et soutenu que la manière d'éprouver le fait comme un trauma ou comme un simple événement dépendait de son retentissement fantasmatique, plus que du fait réel.

Hélène Romano s'attaque à ce problème comme une praticienne, bien plus que de manière spéculative. Sa grande expérience lui permet d'exposer clairement ce problème aux limites floues. Son

langage est clair, ses illustrations aident à préciser la notion de trauma et surtout, elle ne juge jamais. Vous ne trouverez aucune inculpation dans ce livre, où l'auteure cherche à comprendre afin de mieux aider. Je ne crois pas avoir lu le mot « victime » dans ce livre. Sa connotation judiciaire ne s'accorderait pas avec son attitude humaine et soignante. Alors, elle parle de traumatisés, de cabossés, de blessés qu'on peut réparer, qu'on aide.

Ce livre est nécessaire parce qu'il pourra servir de base de données à ceux qui veulent comprendre ce qu'est un traumatisme. Curieusement, cette notion a eu du mal à s'imposer. Quand un soldat revenait de la guerre avec des troubles psychiques, on expliquait ce phénomène en utilisant les stéréotypes du contexte, en parlant de mauvais œil, de vitesse excessive, de vent du boulet ou d'avitaminose selon les récits dominants de l'époque. Hélène Romano ne récite pas ces slogans : elle se pose en praticienne qui analyse le développement de la personne avant le trauma, la structure du trauma et le soutien du blessé après le trauma.

C'est exactement l'attitude que nous adoptons pour évaluer la résilience : nous cherchons à savoir quel a été le développement du sujet avant le trauma. A-t-il été sécurisé, renforcé ou a-t-il auparavant acquis un facteur de vulnérabilité ? Le trauma est-il intense, durable, inexorable ou survenant à une période critique du développement ? Après le trauma le sujet a-t-il été soutenu ou abandonné, a-t-on donné sens à sa blessure ou en a-t-on fait une agression insensée ?

Il est étrange de remarquer que René Spitz et Anna Freud, dès 1946 avaient proposé cette attitude. Ils avaient décrit les dégâts développementaux organiques et psychiques provoqués par la privation d'entourage humain, mais ils avaient aussi proposé une réflexion sur ce qu'ils appelaient « guérison ». Hélène Romano recherche les ressources intimes, parentales et familiales de ces facteurs hétérogènes pour faire fonctionner un sujet au mieux de son développement.

Personne dans les années 1950 n'a tenu compte de cet espoir thérapeutique. Tout le monde décrivait les dégâts, incontestables,

sans même envisager la possibilité de les amender, de les résilier.

Hélène Romano participe aujourd'hui à ce mouvement de recherches praticiennes qui nous expliquent qu'un événement aura des effets différents selon l'âge du blessé, selon son histoire et surtout selon son contexte familial et culturel.

Grâce à ces vingt années d'expérience de terrain avec les urgentistes, cette chercheuse praticienne nous propose un tableau clair de ce que sont les enfants traumatisés et comment on peut les accompagner pour les aider à reprendre vie. Elle analyse des tableaux complets ouverts et évolutifs, à l'opposé de l'esprit sectaire de certaines anciennes publications.

Et – ce qui ne gâte rien – ce livre est agréable à lire, bien illustré par des vignettes qui permettent de comprendre aisément des idées que l'on croyait abstraites !

Ce livre utile est un grand plaisir.

Sommaire

Préface. 5

Boris Cyrulnik

Introduction 11

1 C'est quoi un traumatisme ? 15

2 Comment l'enfant donne sens au traumatisme ? 29

3 Quelles sont les réactions possibles en immédiat ? 39

4 Quelles sont les réactions possibles en différé ? 47

5 Pourquoi l'enfant traumatisé se tait ? 95

6 Comment accompagner l'enfant face à la mort ? 103

7 Comment parler des drames à l'enfant ? 117

8 Quelles sont les ressources possibles pour l'enfant ? 123

9 Quelles répercussions pour les parents ? 133

10 Quelles répercussions pour les fratries ? 151

11 Quelles répercussions pour les amis de l'enfant ? 175

12 Quelles répercussions pour les professionnels ? 177

Conclusion. Au-delà du trauma : continuer d'être et devenir
203

Bibliographie 207

Introduction

LORSQUE L'ON PARLE DES ENFANTS, il y a cette idée de sujets en plein développement, immatures, avec des ressources limitées, des capacités de compréhension et des moyens de communication bien différents de ceux des adultes. Il n'y a pas si longtemps que l'enfant bénéficie d'une attention particulière, en particulier au niveau de la prise en compte de sa souffrance psychique. La perception de l'enfant en tant que petit d'homme en développement et non plus comme un adulte en miniature est en effet, à l'échelle de l'humanité, relativement récente puisqu'elle date de la fin du XVIII^e siècle. Jusque-là, la notion d'enfance est ignorée, le taux de mortalité infantile très élevé et les enfants ne sont investis qu'une fois âgés. Ils participent alors aux mêmes activités que les adultes (travaux, guerre, jeux) et se trouvent le plus souvent investis comme une simple valeur marchande. Le respect de l'enfant, le souci de sa santé et de son bien-être ne se développent que lentement.

Les premières observations cliniques d'enfants exposés au traumatisme correspondent à des prises en charge d'enfants victimes de maltraitance et datent du XIX^e siècle. Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à Paris est alors un des premiers à décrire l'existence des répercussions psychiques suite à un

événement traumatique. Contrairement aux médecins légistes du XIX^e siècle dont l'examen reste essentiellement fixé sur le corps des victimes, Tardieu va au-delà et décrit les « perturbations morales » liées au traumatisme consécutif à l'abus sexuel. Il décrit la rapidité avec laquelle les enfants changent d'expression et de physionomie dès qu'ils sont soumis à des sévices. Les initiatives de Tardieu et de certains médecins légistes ne sont pas suffisantes pour permettre une reconnaissance du vécu traumatique des enfants victimes d'abus sexuels et de violence et il faut attendre la seconde partie du XX^e siècle pour que la souffrance psychique consécutive à ce type d'événement soit davantage prise en compte par le biais du discours médical et social. Les publications de Kempe et Silverman (syndrome des enfants battus en 1961) ; les observations cliniques et les recherches psychosociales de Pierre Strauss ; la médiatisation des sévices physiques sur enfants ; les mouvements féministes, en particulier nord-américains, vont permettre la reconnaissance de la réalité des violences à enfants. Dès lors une attention est portée sur les répercussions potentiellement traumatogènes de ces violences.

Concernant les situations où l'enfant est victime d'événements traumatiques autres que de maltraitance (accident, catastrophe, guerre), il faut attendre bien plus tard et la fin de la seconde guerre mondiale pour qu'un intérêt soit porté à l'enfant impliqué dans ce type d'événement. Contrairement aux guerres précédentes, le second conflit mondial est le premier qui touche directement les civils. Beaucoup de familles sont séparées et les déportations viennent se surajouter à l'horreur vécue. Les travaux d'Anna Freud, de Dorothy Burlingham, de Spitz¹, auprès de populations d'enfants séparés violemment de leurs parents, sont ainsi les premiers à décrire quantitativement et qualitativement les conséquences psychotraumatiques chez les enfants exposés au trauma et en particulier l'état des blessures psychiques provoquées par la séparation violente de l'enfant de ses parents et l'impact traumatique d'une telle perte.

L'attention portée aux enfants victimes d'événements traumatiques s'inscrit dans ce contexte où, depuis le début du siècle, un regard

est porté aux soins psychiques immédiats par la « psychiatrie de l'avant » qui intervient sur les sites de guerre, auprès des militaires engagés. Les procédures de prise en charge médico-psychologique au plus près de l'événement vont se développer et s'adapter aux différents types de populations impliquées et ne plus concerner exclusivement les militaires. Ainsi, du militaire au sauveteur puis au civil, les soins psychiques et l'attention portée aux conséquences d'un événement traumatique, vont se développer pour les adultes et plus récemment pour les enfants.

Enfant meurtri par un drame ; enfant confronté en direct à la mort d'un de ses proches ; enfant qui échappe à la mort dans un incendie, une inondation, un séisme ou un bombardement ; enfant qui découvre le corps de son parent ; enfant laissé pour mort sous les coups ; enfant gravement malade ou accidenté dont le corps garde les stigmates ; enfant humilié et détruit psychiquement par les remarques et les menaces ; enfant violé ;... mais toujours, au-delà de ces drames et des horreurs vécues, un enfant. Un bébé de quelques heures, de quelques jours ou un enfant plus grand voire déjà adolescent : le trauma n'a pas d'âge et peut blesser à tout moment le devenir des petits d'homme.

Voir un enfant souffrir ; entendre les plaintes d'un tout-petit ; savoir qu'un enfant sans défense a pu subir des violences ; savoir qu'un enfant endeuillé n'aura plus auprès de lui son père, sa mère pour l'aider à grandir, sont autant de situations qui confrontent les adultes à quelque chose qui est de l'ordre de l'irreprésentable. Et bien souvent ils ne peuvent pas voir, ni entendre cette souffrance qui s'inscrit dans la vie des plus petits. C'est alors l'indifférence, la banalisation, voire le déni, qui répondent aux blessures de l'enfant traumatisé. Ce n'est pas tant qu'ils ne veulent pas comprendre que l'événement a pu toucher l'enfant, mais bien davantage qu'ils ne peuvent pas penser cette réalité. Sans doute parce que ces violences sont souvent commises par des adultes et que le groupe social n'a pas pu en protéger l'enfant ; mais probablement aussi parce que ces événements qui blessent les enfants réactivent la part d'enfance, cette part de l'infantile refoulé, présent en chacun des

adultes intervenants. Et cette impasse réflexive face à la possibilité de penser les conséquences psychotraumatiques infantiles se traduit par de multiples allégations : les enfants, surtout les plus jeunes n'auraient pas la maturité neuro-cognitive nécessaire pour comprendre ce qui se passe ; leurs capacités mnésiques limitées les amèneraient à oublier l'horreur vécue ; ils ne seraient pas touchés par la mort et les conséquences de deuils précoces ; ils manifesteraient peu de réactions et réagiraient comme si rien ne s'était passé ; il serait nécessaire d'éviter de parler aux plus jeunes qui n'ont pas accès au langage pour éviter de les « traumatiser » ; ils seraient « résilients » et « capables de rebondir », etc. En miroir à ces argumentations, peu d'attention serait donc à porter aux enfants confrontés à un événement traumatique, puisqu'ils n'en seraient pas touchés.

L'adage « petites victimes-petits traumas » ne tient pas. La réalité est tout autre et la pratique clinique auprès d'enfants confrontés au réel de l'événement traumatique, nous amène à constater, au quotidien, combien les bébés, les enfants plus grands et les adolescents, perçoivent, à leur niveau, les bouleversements subis et ne sont pas épargnés par le trauma, ni par la mort. L'événement traumatique, certaines fois unique, mais d'autres fois subi de façon réitérée, vient marquer l'histoire d'enfance de ces futurs adultes et peut venir durablement hypothéquer leur devenir.

L'attention à porter aux enfants exposés à un événement traumatique, est donc plus que nécessaire pour qu'ils ne se retrouvent pas seuls, face au trauma... et qu'ils puissent reprendre leur vie.

Ce livre s'est construit au fil des rencontres et des prises en charge d'enfants, de familles et de professionnels. Il vise à rendre plus accessible des notions complexes, pour permettre de comprendre les enjeux en cours et mieux prendre charge ces vies brisées par les drames.

Notes

1. Spitz propose le terme d' « *hospitalisme* » pour décrire l'ensemble des perturbations somatiques et psychiques provoquées sur des enfants pendant les 18 premiers mois par un séjour prolongé dans une institution hospitalière où ils sont complètement privés de leur figure d'attachement principal (le plus souvent la mère). Il relève ainsi précisément les troubles carenciels provoqués par une interruption de la relation déjà instaurée entre un jeune enfant et sa mère, par une rupture des liens ou une insuffisance dans les échanges affectifs mis en place suite à la perte de ce repère fondamental (substitut maternel peu satisfaisant ou substituts multiples). Il constate la difficulté pour le jeune enfant à s'identifier à tout nouveau substitut même stable.

Chapitre 1

C'est quoi un traumatisme ?

LE MOT « TRAUMATISME » est devenu aujourd'hui un « mot-tiroir » dans lequel se trouve pêle-mêle un nombre infini de situations. Le moindre incident de vie se trouve potentiellement susceptible d'être étiqueté de « traumatisme » comme si le fait même d'attribuer ce qualificatif avait des vertus d'apaisement. Si le traumatisme est devenu un mot pansement, il est aussi bien souvent un concept « pense-ment » car désigner par le qualificatif de traumatisme n'importe quel événement n'est pas sans conséquence et peut conduire à des dérives telles que confondre détresse psychologique et souffrance psychique ou encore psychiatriser toute réaction émotionnelle. Regrouper sous le même terme des événements dont les uns sont liés à des stades inévitables et structurants de la vie ou à des épreuves difficiles et dont les autres, relèvent de la confrontation à ce que le psychanalyste François Lebigot appelle le « réel de la mort », crée des confusions. Par exemple, cela conduit à penser que tout événement difficile est un événement traumatique ; que toute personne confrontée à des épreuves sera « traumatisée » ; qu'il faut psychiatriser et médicaliser toutes les réactions liées à un bouleversement ; qu'il faut déclencher une cellule de crise dès qu'un événement difficile apparaît, etc.

Trop de traumatisme tue le traumatisme. Il y a ce sentiment que toute personne doit être une victime pour que l'on prenne soin d'elle et que toute personne exposée à un drame doit s'effondrer et

présenter des troubles importants pour être reconnue et prise en charge. Ceux qui survivent, sans trop de troubles manifestes, deviennent suspects et si un jour ils manifestent le besoin d'être soutenus, ils se retrouvent seuls, sans plus personne pour les comprendre et les soutenir.

Si l'on essaye d'y voir plus clair, et d'éviter toutes les dérives sémantiques, il est important de revenir au sens précis de ce terme.

Étymologiquement, traumatisme est un terme médical qui signifie « blessure avec effraction », c'est-à-dire qu'il correspond aux conséquences sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une effraction externe.

Si l'on comprend le traumatisme au niveau psychologique cela correspond à tout événement de la vie qui vient faire effraction dans le psychisme. Le psychisme est ce qui permet au sujet de comprendre le monde qui l'entoure, d'apprendre, d'établir des relations avec son entourage, de traduire et de gérer ses émotions. Du bébé à l'adulte, le psychisme de l'être humain évolue avec des ressources différentes, mais, comme nous le verrons, il se construit grâce à la relation avec l'autre. Le traumatisme est un événement qui vient violemment, brutalement, bouleverser l'être humain dans sa capacité à comprendre ce qu'il est en train de vivre. Il est confronté à quelque chose qui n'a aucun sens, qu'il ne parvient pas à traduire car il n'y a jamais été préparé. Tous les mécanismes habituels qui lui permettent de donner sens et d'élaborer ses expériences sont, provisoirement, hors d'usage. Il y a une perte des repères, un sentiment d'étrangeté, une sidération de penser et une désorganisation psychique plus ou moins intense, plus ou moins durable.

Pour décrire l'état dans lequel se trouve la personne confrontée à ce type d'événement, Wilfried Bion a utilisé le terme de « terreur sans nom » (Bion, 1962). Et nous le verrons, chez l'enfant cela représente une expérience de perte absolue de protection interne et externe, plus ou moins effroyable selon les modalités de réactions de sa constellation familiale.

Dans la vie d'un sujet, ce type d'événement correspond aux événements qui confrontent à la mort : sa propre mort (il a cru mourir, il a failli mourir) ou la mort de proches.

Ce qui fait d'un événement un événement traumatique, c'est ce qui reste irréductible au savoir, c'est-à-dire ce déficit de figurabilité qui se traduit par un phénomène de non-réponse du psychisme. C'est pour cela que de nombreux événements, qui n'ont pas cette dimension funeste « d'agonie psychique » (Romano, 2004) ne devraient pas être qualifiés de traumatiques, mais devraient être désignés par d'autres termes tels que « douloureux », « difficiles », « éprouvants ». C'est aussi pour cette raison que dans une situation traumatique donnée, les sujets impliqués qu'ils soient adultes ou enfants, ne sont pas à égalité car ce déficit de figurabilité n'aura pas la même intensité selon les sujets. Un événement traumatique reste une expérience singulière, qui n'aura pas les mêmes conséquences pour toutes les personnes qui y sont confrontées car chacune d'elles possède une capacité propre de perception et d'intégration de la situation liée aux ressources internes et externes élaborées progressivement dès les premiers moments de vie. Cette singularité permet aussi de comprendre que l'impact traumatique n'est pas proportionnel à la gravité matérielle ou pénale de l'évènement, mais à l'intensité de la résonance qu'il a dans l'histoire de chacun.

Chez le petit d'homme, la place de l'évènement traumatique dans l'économie psychique rend compte de la dimension de la bipolarité psychique, de la capacité transformationnelle de l'activité psychique puisque s'intriquent la part de réel qui relève de l'évènement et la part de subjectivité dans laquelle l'enfant est engagée. Dans certaines situations il peut arriver que l'évènement traumatique soit à la fois trop proche en réalité du fantasme infantile, empêchant tout jeu possible entre le fantasme et la réalité extérieure et trop étranger, trop inconnu et hors représentation pour permettre à l'enfant de « théoriser » cette effraction. L'intrication de ces deux « possibles » explique la valeur d'intrusion aliénante de l'évènement traumatique dans l'organisation psychique de l'enfant et l'importance de son impact traumatique dans son développement.

Ainsi, nous ne pouvons rien dire d'un événement en tant que tel si nous ne pouvons le mettre en relation avec l'intrapsychique qui se constitue dès l'origine : ce qui est traumatique n'est pas seulement le traumatisme objectivable, repérable aujourd'hui, mais aussi ce qu'il est venu révéler, réactiver d'événements antérieurs qui ont gardé tout leur potentiel traumatique parce qu'ils n'ont jamais pu être parlés, pensés, intégrés.

L'événement présent réactive le passé, il peut être le révélateur d'un trauma antérieur et confronte alors l'appareil psychique à ses limites d'intégration puisqu'il lui faut rétablir les liens associatifs entre cet événement réel et ce qui est violemment mobilisé au niveau fantasmatique. Il s'agit pour l'événement traumatique de trouver sens dans l'histoire du sujet, ce qui se traduit bien souvent par le remaniement d'un trauma ancien réactualisé par cet événement traumatique. Si l'événement traumatique extérieur ne s'était pas produit, cette réorganisation psychique n'aurait pas eu lieu : réalité extérieure et réalité interne sont donc intimement liées.

Dans cette perspective, les répercussions traumatiques de l'événement chez l'enfant dépendront de l'organisation préalable au moment du traumatisme, mais aussi des capacités de son appareil psychique à métaboliser les excitations extérieures, les deux étant liées à la qualité de la rencontre originaire. Donald Woods Winnicott (1958) proposait ainsi de distinguer les individus en deux catégories :

« Il y a ceux qu'on n'a pas laissé tomber quand ils étaient bébés et qui, dans cette mesure sont prêts à avoir le goût de la vie et du vivre. Il y a ceux qui ont subi une expérience traumatique due à un "laisser tomber" de l'environnement et qui toute leur vie doivent garder en eux le souvenir (ou le matériel pour ce souvenir) de l'état où ils se trouvaient au moment du désastre. »

Nous verrons par la suite combien la qualité de cette rencontre originaire est importante dans la capacité de l'enfant à vivre au-delà du traumatisme.

QUELS SONT LES DIFFÉRENTS TYPES DE TRAUMATISME ?

Si l'on se tient à la définition que nous venons de rappeler, selon laquelle un traumatisme est un événement externe, soudain, terrifiant, qui déclenche une avalanche d'excitations dépassant le seuil de tolérance physique, émotif et intellectuel d'un sujet, nous constatons qu'un grand nombre d'événements peuvent être qualifiés de traumatiques : maladies graves, séparation brutale, catastrophes naturelles, accidents funestes, agressions violentes, confrontation à la mort, guerres.

Ces événements, s'ils ont des similitudes par leur dimension mortifère et désubjectivante, ont une différence essentielle liée à leur nature même : intentionnelle ou non intentionnelle.

- **Les événements traumatiques non intentionnels**

Il s'agit des catastrophes naturelles, accidents matériels, accidents domestiques, accidents de la voie publique, etc. Ces drames mettent en cause un événement dont l'origine n'a pas de dimension d'intentionnalité. L'arbitraire est ici tout-puissant : « c'est la faute à pas de chance ». Si, dans certains cas comme les accidents domestiques, il peut y avoir un manquement d'une personne par inattention ou négligence, il n'y a en aucun cas de volonté de nuire, avec ces phrases si souvent entendues : « je n'ai pas fait exprès... je ne savais pas ».

- **Les événements traumatiques intentionnels**

Ces actes correspondent aux guerres, aux attentats, à la maltraitance, aux violences sexuelles, aux violences physiques. Ils sont les conséquences directes d'une violence exercée par un être humain sur un autre être humain et correspondent à une volonté délibérée de nuire et de détruire l'humanité du sujet. Si la

destruction n'est pas toujours physique, elle est inévitablement psychique. Les conséquences sont d'autant plus graves lorsque la personne mise en cause était censée protéger le sujet (un parent, une personne faisant autorité comme un enseignant, etc.).

Cette distinction est importante à relever pour mieux comprendre les mécanismes de défense et les troubles post-traumatiques susceptibles de s'exprimer chez l'enfant comme chez ses proches impliqués dans l'événement. La prise en charge d'enfants ayant subi des traumatismes intentionnels nécessite, par exemple, de penser l'interaction, de prendre en compte les effets de l'influence, de l'emprise et d'intégrer la nature des liens intersubjectifs entre l'enfant et son agresseur. Cela permet de comprendre le silence de l'enfant, le fait qu'il ne dénonce pas et supporte l'insupportable. Il ne s'agit plus de subjectiver une expérience non intégrée, mais au contraire de « subjectiver une non-intégration d'éléments parasites » (Sironi, 2001). En fonction de la nature de l'événement, le processus traumatique implique en effet un certain type de caractéristiques psychopathologiques et cliniques spécifiques. La prise en charge des enfants confrontés à des événements traumatiques et de leurs familles nécessite donc d'être adaptée dans ses modalités techniques aux particularités cliniques et évolutives de ces syndromes psychotraumatiques.

Au-delà de cette distinction entre faits intentionnels ou non, l'expérience clinique montre chez l'enfant la fréquence des situations dites traumatiques et l'importance de la désorganisation psychique qui peut en résulter d'autant plus facilement que les défenses psychiques de l'enfant ne sont pas encore bien instaurées et que l'événement n'en est que plus incompréhensible.

Face à cette multitude d'événements traumatiques possibles, plusieurs catégorisations ont été proposées. La première a été réalisée par la psychiatre Léonore Terr, qui a distingué les événements en fonction d'un double critère : de fréquence (unique

ou multiple) et de niveau de prévisibilité (soudain et inattendu ou prévisible et anticipé).

● *Les traumatismes de type I*

Elle entend par traumatismes de type I les événements uniques, soudains, inattendus, qui présentent un commencement net et une fin précise.

Par exemple une agression, une catastrophe, un accident.

D'un point de vue symptomatique, les troubles les plus fréquemment décrits sont : la répétition, les évitements, des comportements répétitifs des changements de perception concernant sa vie, les autres, la vie et l'avenir.

● *Les traumatismes de type II*

Elle nomme les traumatismes de type II, lorsque l'événement est prévisible, répété ; lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps.

Par exemple les abus sexuels, les violences politiques, les faits de guerre.

Le type II se caractérise par l'utilisation de mécanismes de défense tels que le déni et le refoulement, l'existence de dissociation, de phénomène d'anesthésie affective et d'identification à l'agresseur avec souvent une agressivité retournée contre soi.

Les traumas de type I correspondraient au trauma freudien classique tandis que les traumas de type II se rencontreraient chez les enfants victimes de maltraitance et dans le syndrome du survivant. Des formes intermédiaires pourraient se rencontrer lorsque le choc est unique, a causé la mort d'un parent, que l'enfant se retrouve à la rue, handicapé ou qu'il doive être hospitalisé...

En pratique clinique, cette proposition de classification présentait certaines limites :

- un événement peut être unique, soudain et attendu, par exemple un conducteur de train sensibilisé, préparé aux « accidents voyageurs » (suicide de personne se jetant sur les rails) peut, le jour où un tel événement se produit, se trouver traumatisé ;
- le traumatisme est unique, soudain, mais se répète de manière régulière, comme c'est le cas pour les populations vivant dans des zones subissant des catastrophes naturelles itératives ;
- les enfants et adultes victimes de répression et de torture sont le plus souvent trouvés confrontés à l'horreur de manière répétée, souvent prévisible, par exemple les Kurdes qui subissaient un protocole de torture. Leurs symptômes étaient pourtant fort différents du type II : pas de refoulement ni de déni ni troubles dissociatifs, ni identification à l'agresseur ;
- un traumatisme sexuel, unique, soudain et inattendu conduit bien plus probablement à des symptômes du type II que du type I.

Compte tenu de ces limites, deux autres types de traumatismes sont actuellement distingués.

Les traumatismes de type III

Cette troisième catégorie a été proposée par Eldra P. Solomon et Kathleen M. Heide pour décrire les événements multiples, envahissants et violents et présents durant une longue période de temps. C'est le cas des victimes de camps de prisonniers de guerre ou de concentration, de l'exploitation sexuelle, de la violence et des abus intrafamiliaux. Les victimes sont restées exposées durablement à l'agent stressant et destructeur.

Les traumatismes de type IV

Cette quatrième catégorie regroupe les traumatismes en cours. Ce qui les différencie des catégories précédentes, c'est que ces événements se poursuivent dans le présent.

Au niveau international il existe deux types de classifications, celle du DSM et celle de la CIM qui n'ont pas les mêmes objectifs. Le DSM vise à offrir aux psychiatres un outil de référencement pour homogénéiser les diagnostics des pathologies mentales. La CIM a été conçue non pas à l'initiative de psychiatres, mais d'organismes nationaux, pour se munir d'un système d'analyse épidémiologique commun entre les différents pays. Et qui explique que les définitions peuvent varier.

Il existe une autre classification possible, celle qui consiste à définir des traumatismes simples ou complexes. Certains auteurs parlent de « traumatismes simples » : il s'agit d'événement correspondant au traumatisme de type I de Léonore Terr. D'autres, décrivent des « traumatismes complexes », proches de la définition des traumatismes de type III. Judith Herman les définit comme le « résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personne ». La victime ne peut que subir, elle n'a aucun moyen de fuir. Ces traumatismes correspondent par exemple aux personnes enlevées et séquestrées pendant des années, aux prisonniers de guerre et de camps de concentration, aux victimes silencieuses de violences intrafamiliales. Ce syndrome est désigné sous l'acronyme DESNOS pour *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (Trouble de stress extrême non spécifié ailleurs). En France il est actuellement défini sous le qualificatif de « Syndrome de Stress Post Traumatique Complexe » et correspond à la présence d'un stress post-traumatique mais avec l'association de multiples autres symptômes plus élargis comme l'altération des fonctions somato-sensorielles, la modification de l'état de conscience, l'atteinte des fonctions mnésiques, la modification de l'identité plus ou moins durable. Ce tableau clinique se manifeste par des épisodes de dissociation ou de vécu de dépersonnalisation. Mais il n'est pas actuellement intégré dans le manuel diagnostique international des maladies mentales (DSM-5),

mais il est bien décrit dans la dernière édition 2018 de la CIM-11 (Classification Mondiale des Maladies, version 11).

LE TRAUMA, ICI ET AILLEURS

Un enfant tout seul cela n'existe pas : il s'inscrit dans une constellation familiale, sociale, culturelle et oscille dans sa construction identitaire entre la verticalité des transmissions conscientes et inconscientes et l'horizontalité des relations interpersonnelles qui caractérisent une société (transmission interne à la famille et transmission externe assurée par les groupes d'appartenances). Face à un événement traumatique, les réactions d'un enfant et de ses proches dépendront de leurs référentiels culturels. Le sens donné au drame, les symptômes, les ressources dégagées ne sont pas les mêmes et il est important de ne pas l'oublier lors des interventions auprès de personnes d'autres origines que les intervenants.

Pour mieux prendre en charge cette dialectique entre filiation et affiliation Marie Rose Moro (1994) propose une analyse à un triple niveau : l'approche ontologique (de l'être), l'analyse étiologique (renvoyant au sens) et l'analyse des pratiques thérapeutiques qui en découlent (le faire). Cet éclairage de la psychiatrie transculturelle permet d'adapter nos modalités de compréhension de la souffrance psychique en respectant les conceptions de l'enfant traumatisé et de ses proches et l'élaboration des théories étiologiques qu'ils vont en faire en fonction de leur histoire de vie, du contexte social et politique et en référence à leurs représentations culturelles.

Penser et agir avec ce regard transculturel permet de « créer les conditions de la reconnaissance de l'identité, de la singularité et de la liberté de chacun » (Moro, 2004). Cela permet également de limiter les interprétations hâtives de certains comportements, conduisant parfois à d'inquiétantes dérives. Nous pensons ici aux réactions de certains professionnels visant à tenter de psychiatriser des réactions collectives de deuil de certaines familles, par

méconnaissance de leurs modalités d'expressivité face à la mort d'un proche.

.....
Dans un gymnase, suite à l'incendie d'un immeuble, les familles d'origine africaine accompagnant l'âme des défunts par des chants jugés « trop bruyants » ou par des cris de détresse et de peine sont qualifiés « d'hystériques » par un des psychiatres présents.

Dans un établissement scolaire suite au décès d'un élève de cinquième, foudroyé en cours de sport sans qu'il n'ait d'antécédents médicaux, la famille d'origine antillaise arrive rapidement sur les lieux et très vite une cinquantaine de personnes se trouve devant la porte du gymnase et se met à chanter. Pour le principal du collège, tout cela est insupportable : « c'est du tapage, lorsqu'il y a un mort, on se recueille dans le silence, pas en chantant comme si c'était une fête. » Ce responsable, submergé par la douleur d'avoir perdu un élève, ne supporte pas la façon dont la famille accompagne l'âme de cet adolescent qui vient de mourir. Il ne comprend pas car ces manifestations sont totalement opposées à celles exprimées habituellement dans sa culture. Cette incompréhension provoque colère, rejet et majore sa détresse.

Lorsque les représentations et les rituels « d'ailleurs » ne rencontrent pas ceux « d'ici », les malentendus sont immenses et peuvent conduire à des attitudes de rejet voire d'agressivité. En contexte traumatique, l'étrangeté devient totalement insupportable et impensable, si personne n'essaye de médiatiser et de restaurer un lien réflexif de l'un à l'autre.

Lorsqu'un événement traumatique vient faire effraction dans la vie d'un enfant et de sa famille, nous avons rappelé combien les théories pour tenter d'y donner sens étaient à l'œuvre. Pour ces enfants et ses familles « d'ici et d'ailleurs » (M. R. Moro), l'intensité du bouleversement peut être d'autant plus forte que l'événement subi les confronte à des représentations ontologiques inconnues et à une logique institutionnelle qu'ils méconnaissent. Le contexte migratoire conduit à une série de dysfonctionnements et de réaménagements inévitables des repères habituels. Il bouleverse les représentations culturelles de la famille qui se trouvent face à d'autres repères. En contexte traumatique, les parents, confrontés à un environnement humain et institutionnel étranger, peuvent se trouver dans un état de désorientation existentielle (difficultés de compréhension de la langue, des règles sociales, des contraintes de

prise en charge, incompréhension des représentations à l'œuvre du côté des intervenants). Ils sont non seulement blessés en tant que parents, mais aussi mis à mal, en tant que parents en situation migratoire. Le sentiment de disqualification, la culpabilité et l'impression d'être totalement impuissants peuvent les submerger. Ce qu'a subi leur enfant peut alors les placer dans un état d'agonie psychique et de totale incapacité à accueillir cet enfant différent qui n'est plus reconnu dans sa nature singulière. Cette dimension de sidération psychique existe pour tout parent informé d'un trauma subi par son enfant ; mais en situation migratoire, ce vécu est renforcé par le fait que les parents n'ont plus les mêmes ressources pour penser ce traumatisme. Le décalage entre leurs représentations et celles du cadre médical, judiciaire, administratif, du pays d'accueil est trop important. Les parents témoignent de cette souffrance « d'être des étrangers et chez [eux] et en France » ; « de ne pas trouver leur place » ; « de ne pas arriver à penser » ; « de ne pas réussir à trouver les ressources [qu'ils] avaient avant » ; « d'être dans une situation bancale ». Ce sentiment d'étrangeté renforce le vécu traumatique. Ils peuvent également croire que l'événement subi par leur enfant vient les sanctionner de leur parcours migratoire et devient la marque vivante de la transgression parentale à ne pas avoir voulu s'inscrire dans la même affiliation culturelle que leurs ancêtres.

Dans les sociétés traditionnelles, le drame qui touche un enfant (maladie, événement traumatique) peut être compris comme une sanction ou comme un signe de Dieu ou des génies tutélaires qui va protéger la communauté. L'enfant peut se trouver exclu de son groupe d'appartenance ou positionné comme un être précieux ; ce qui lui permet d'avoir une place particulière au sein de la famille et de sa communauté. L'enfant peut ainsi être investi par ses proches, comme celui qui protège la famille et le groupe d'appartenance. Tout se passe comme si cet enfant concentrait toutes les douleurs et les malheurs et tenait à distance tout autre drame de la famille. Si l'enfant a été blessé dans l'événement ou s'il présente des troubles post-traumatiques importants, cette position valorisée et valorisante

qui protège l'enfant de tout rejet, le place paradoxalement dans une position qui ne lui facilite pas la guérison.

Il y a ainsi tout un travail d'élaboration psychique groupal pour faire du trauma et de ses conséquences (blessures, maladie, handicap) un événement positif (en termes de don, de richesse, de la singularité) et non comme un événement mortifère (signe d'un manque, d'une sanction). Sans espace de transcription émotionnelle, sans cadre culturel pour recontextualiser les conséquences du traumatisme, la maladie ou le handicap de leur enfant, le risque peut être celui d'un rejet de cet enfant et de l'impossibilité pour ses parents de maintenir des liens protecteurs. Les refus de soins, l'absence de suivi mettent à mal la santé de l'enfant et témoignent tout autant de la souffrance des parents à affilier leur enfant malade ou handicapé au groupe des humains.

La logique soignante de nos sociétés occidentales ou encore le rapport aux rituels de deuils sont bien éloignés des représentations culturelles du soin et du deuil de nombreux impliqués. Par exemple le rapport au corps, les perceptions éprouvées, les manifestations des troubles, les modalités de plainte, le sens donné à l'événement subi, la place accordée aux intervenants extérieurs, s'inscrivent dans ces références culturelles. Et d'une culture à l'autre, ils diffèrent. Par exemple des troubles ou des réactions, considérés comme adaptés dans la culture d'origine, peuvent apparaître comme inadaptés voire pathogènes dans d'autres cultures. Ce qui peut poser de réelles difficultés pour les professionnels chargés d'évaluer et de prendre en charge ces victimes. Il est ici nécessaire d'éviter les dérives du recours à la « mode » de la culturisation, de ne pas figer l'autre dans sa culture, ni dénier ses différences culturelles, tout en évitant de projeter et d'imposer ses propres représentations culturelles. Certaines familles peuvent se sentir stigmatisées, incomprises avec une intensification de leur détresse. À l'inverse d'autres familles peuvent se trouver contenues et rassurées par des interventions extérieures qui leur permettent d'être reconnues comme toute autre famille. Les équipes qui travaillent auprès d'enfants exposés à des événements traumatiques et de familles d'autres origines ont

développé des prises en charge spécifiques qui portent attention aux valeurs et aux concepts importants pour la culture d'origine de cette famille : l'utilisation par exemple de la langue maternelle, le recours d'un médiateur culturel, le respect des règles de l'échange, l'attention portée aux représentations de chacun. Le cadre de ces groupes « métissés » (plusieurs personnes d'origines culturelles différentes) permet d'apporter à l'enfant et à sa famille un espace de représentation de l'altérité, qui peut lui donner suffisamment confiance pour aborder les interrogations relatives à sa propre singularité culturelle. Ces groupes ont une véritable fonction d'étayage du mode de pensée et de représentation de la famille, qui ne peut plus, du fait de sa situation migratoire, être portée par son groupe d'appartenance comme elle l'aurait été dans son pays. Ce travail comprend dans un premier temps une écoute du patient et de ses proches, écoute rendue possible le plus souvent par un médiateur ; dans un second temps une compréhension des problèmes et des interrogations suscités par l'événement et ses conséquences ; des discussions à travers différents niveaux : enfants/parents et groupe d'appartenance, famille/soignants, thérapeutique traditionnelle/thérapeutiques savantes...

L'entretien se finalise par une proposition de soins cohérente et acceptable pour chacun, qui tente de faire le lien entre le patient, ses proches et les soignants. L'objectif n'est pas de se focaliser d'emblée sur les origines culturelles, mais de se centrer sur ce patient, aussi petit patient soit-il, sur ce qu'il ressent, sur ce qu'il peut comprendre de ce qui lui est arrivé et sur le sens qu'il en donne. Les facteurs culturels et migratoires sont pris en compte car ils imprègnent la compréhension que les parents et l'enfant ont de cet événement (accident, agression, maladie).

Cet espace de « traduction du sens » donné au trauma permet d'entendre le discours de l'enfant et de ses parents sur les esprits, les ancêtres, la sorcellerie, les messages méta-communicatifs qui donnent sens à ce qui s'est passé. Il permet au professionnel de se décentrer de ses propres représentations et de comprendre les enjeux culturels révélés par la maladie. Il permet également

d'expliquer les dispositifs de prise en charge et les contraintes des éventuels soins. Le lien ainsi établi, dans le respect de chacun, permet une co-construction de la prise en charge et une meilleure compréhension de ce qui est proposé.

.....

Pour illustrer toute l'importance à accorder à la dimension culturelle, nous citerons l'exemple de Fatoumata. Cette petite fille de 6 ans, se trouve hospitalisée suite à de nombreuses crises qui seront diagnostiquées comme des crises d'épilepsie. Elle est née en France comme ses quatre frères. Pour ses parents d'origine sénégalaise et parlant mal le français, l'arrivée à l'hôpital se fait dans un contexte particulièrement éprouvant : Fatoumata est évacuée par les pompiers de l'école, les parents alertés ont beaucoup de difficultés à comprendre les informations qui leur sont transmises par la directrice de l'école et c'est au final, une autre mère d'élève qui les amènera à réaliser que leur fille est hospitalisée. L'arrivée à l'hôpital est tout aussi laborieuse, chacun des parents se trouvant totalement désorientés et ne parvenant pas à trouver leur fille. Fatoumata reste hospitalisée plusieurs jours et rapidement l'équipe soignante est alertée par des gestes brusques et des intonations ressenties comme « agressives » : « la mère aboie sur sa fille, la frappe, la secoue, hurle dessus, nous avons dû intervenir régulièrement. Fatoumata subit sans rien dire, comme si c'était une poupée de chiffon, elle n'a l'air de rien ressentir. Par contre l'autre enfant hospitalisé à ses côtés nous a dit qu'il avait peur de la mère de Fatoumata à cause de ses « colères » et de ses yeux. » Fatoumata présente en effet, une attitude prostrée ; elle reste muette, ne s'oppose à aucun soin, ne manifeste aucune appréhension apparente même lors du scanner, examen particulièrement anxiogène.

L'attitude de la mère conduit à des réactions fort différentes du côté des soignants : si certains manifestent une appréhension avec la perspective d'un signalement judiciaire, d'autres expriment une banalisation voire un déni de la souffrance des liens manifestes à travers ces actes maternels : « c'est culturel, chez les Africains, ils éduquent comme ça leur enfant. » C'est dans ce contexte qu'une proposition de consultation en présence d'un médiateur de la même origine et parlant la même langue est mise en place.

Lors de cet entretien, Fatoumata, ses parents, l'équipe médicale, la psychologue et la médiatrice sont présents. Au cours de cette longue consultation, la représentation de la maladie de leur fille est abordée par les parents, qui peuvent pour la première fois réellement s'exprimer dans ce temps qui restaure leur espace identitaire. Leur témoignage permet de comprendre que les attitudes perçues de rejet sont justes, mais qu'elles s'expliquent en raison de la conviction absolue que leur fille est victime d'une attaque en sorcellerie. Les parents ont élaboré une théorie permettant de « savoir » qui a jeté ce sort. La présence de la médiatrice permet également aux médecins de pouvoir expliquer la dimension médicale de cette maladie, leurs hypothèses et la nécessité des soins et du suivi. Cet espace permet ainsi de part et d'autre, que chacun (Fatoumata, ses parents, l'équipe médicale) puisse transmettre SA version de la maladie et énoncer ce qu'il sait consciemment de la maladie et ce qu'il veut en transmettre ou non aux autres. L'attention est portée tout au long de la consultation à la fois aux représentations ontologiques (représentations de l'enfant et

celle que ses parents élaborent à son sujet autour de son origine, de ses liens avec la famille, de son mode de développement, des inter-relations avec ses proches) et aux théories étiologiques qui permettent d'expliquer le dysfonctionnement biologique entraîné par la maladie ou le handicap et ses répercussions relationnelles (le mauvais œil, l'attaque en sorcellerie, le maraboutage, le Djinn, la possession, la transgression commise par un membre de la communauté...).

Cette écoute attentive et respectueuse de la singularité de chacun s'inscrit comme la méthodologie complémentariste développée par Devereux et donne accès à de possibles leviers thérapeutiques. C'est-à-dire que les représentations ontologiques et les théories étiologiques de chacun sont mises en lien, sans chercher à ce que l'une ou l'autre ne soit prépondérante. Les processus sont compris comme complémentaires, les uns et les autres s'étayant mutuellement. Ces prises en charge pourraient apparaître comme particulièrement complexes, mais elles sont, dans de tels contextes, indispensables pour assurer une prise en charge efficace de l'enfant, car respectueuse de son histoire et de sa singularité. C'est à partir de cette co-construction du « savoir » singulier autour de la maladie et de ce décentrage nécessaire, que les parents peuvent élaborer une représentation de ce qui arrive à leur enfant et de ses troubles éventuels. L'émergence d'une mise en sens subjective, pensée et élaborée dans cette co-construction collective, leur apporte une restauration de leurs compétences parentales.

C'est ainsi que la prise en charge va pouvoir se penser autour d'une nouvelle logique relationnelle où l'observance thérapeutique sera construite dans le respect de ce savoir. Le corps de l'enfant traumatisé, ce corps souffrant, n'est plus réduit à « un corps de savoir » (G. Raimbault), mais prend toute sa dimension de « corps culturel », ce qui conduit les professionnels à mieux le comprendre et mieux le prendre en charge.

Chapitre 2

Comment l'enfant donne sens au traumatisme ?

L'ENFANT A HORREUR DU VIDE. Très tôt il lui faut trouver des explications au monde qui l'entoure et donner du sens à ce qu'il vit. La réalité psychique de l'enfant ne supporte ni l'incertitude, ni le hasard et il va déployer une énergie considérable pour décrypter les événements de vie qu'il subit et leur trouver du sens en fonction de la valeur qu'il leur accorde. Il se fait ainsi une idée du bien et du mal, de ceux qui sont gentils ou méchants, de ce qui est bien pour lui et de ce qui est mauvais en s'appuyant sur ce qu'il voit, ce qu'il entend, ce qu'il vit.

L'importance que l'enfant donne à tel événement est liée à la place de celui-ci dans son histoire bien plus qu'à la valeur qui pourrait être donnée à cet événement par les normes culturelles, sociales, scientifiques ou religieuses de son entourage. Pour cette raison l'impact d'un événement traumatique dans la vie d'un enfant est moins lié à la gravité médicale, pénale et matérielle de cet événement qu'au sens qu'il va prendre dans l'histoire de cet enfant et qu'au bouleversement des repères qu'il avait élaborés à partir de ses théories infantiles.

L'enfant construit de façon plus ou moins élaborée une interprétation de ce qu'il a subi, « comme pour donner un sens à cet ensemble insensé et destructeur, et ceci, le plus souvent en termes de faute-culpabilité et punition » (Raimbault, 1976). Ainsi beaucoup d'enfants confrontés à un drame gardent le silence car ils ont l'intime

conviction d'être responsables et coupables de ce qui leur est arrivé. D'autres, emmurés dans la souffrance d'un deuil préfèrent ne pas pleurer, ne pas dire leur douleur.

LES THÉORIES INFANTILES

Selon son niveau de développement, selon sa maturité affective, selon ses compétences cognitives, l'enfant élabore donc des théories sur tout ce qui lui arrive, sur tout ce qui le touche et qu'il ne comprend pas. Les théories sexuelles infantiles sur « comment on fait les bébés » ou « pourquoi les filles et les garçons, c'est pas fait pareil » en sont des exemples. Elles donnent lieu à des explications qui paraissent aux adultes poétiques, troublantes, farfelues ou amusantes, mais pour les enfants ces théories sont sacrées. Elles ont valeur de vérité absolue et quels que soient les éclaircissements donnés par les parents, les enfants y restent très longtemps accrochés et intimement convaincus que le sens qu'ils leur avaient donné garde toute sa valeur.

Dans le monde de l'enfant, tout événement nouveau se trouve ainsi intégré, mis en sens dans son univers. Lorsqu'il survient, l'événement traumatique vient bouleverser l'ordre des choses et susciter à son tour des interrogations, des angoisses, des sentiments de culpabilité et la quête d'une explication qui se transforme en une nouvelle théorie rationnelle et rassurante. L'enfant déploie une fantastique énergie pour comprendre ce qui lui arrive, ce qui se passe dans sa vie et y donner sens. Il tente de se représenter ce qu'il subit via des images plus ou moins imaginaires. Il peut capter un mot, une atmosphère, une réaction d'adulte, pour se représenter l'événement. Il effectue alors un véritable « travail » c'est-à-dire qu'il va tenter de traduire, de donner du sens face à un événement qui le menace dans son équilibre psychique et physique. Ce travail, qui se traite en plusieurs étapes au rythme de sa croissance et qui peut se rapprocher du travail de deuil, est un processus qui s'inscrit dans le temps et qui comporte plusieurs

étapes permettant le passage entre les ressentis liés à l'atteinte corporelle et organique, vers des éprouvés psychiques. Il concerne tous les temps consécutifs à l'événement, du temps de la crise et du chaos, aux conséquences et aux effets secondaires.

Cette mise en sens, en représentation de l'événement est une démarche difficile qui dépend non seulement des traces et des souffrances physiques, mais aussi profondément de l'histoire de l'enfant, de ses conflits infantiles, de ses souffrances antérieures, de la qualité de ses liens avec ses parents et de sa place dans la dynamique familiale.

Ceci explique qu'au sein d'une fratrie, les réactions sont parfois radicalement différentes entre les enfants.

.....
L'exemple de la famille F. illustre parfaitement. Monsieur et Madame F sont séparés depuis de longues années et les six enfants partagent leur temps entre leur père et leur mère. Madame F. nous est présentée comme une femme présentant d'importants troubles psychiatriques, de type bipolaire, l'ayant conduit à des changements d'humeur importants et à des conduites suicidaires. Un jour de juin en l'absence de ses enfants, elle chute du quinzième étage sans que l'accident ou la motivation suicidaire ne soient déterminés comme cause de son décès. Les enfants, âgés de cinq à vingt ans vont réagir chacun à leur niveau, avec une multitude d'expressivités du chagrin : tristesse intense, réactions de colère, retrait et comportement régressif, pensées obsédantes, conduites auto-agressives, hypervigilance et anxiété de séparation majeure. Pour chaque enfant les ressources cognitives, la maturité affective et la qualité des liens d'attachement avec cette mère fragilisée par sa maladie étaient différentes. Chacun réagit donc en fonction de ses ressources propres au moment de l'événement.

Lorsque l'événement traumatique fait irruption dans la vie de l'enfant et qu'il vient tout bouleverser dans son corps, dans son cœur, dans sa tête, dans ses habitudes, dans son cadre de vie, l'enfant tente de s'y adapter en intégrant cette réalité dans son univers. Quelles que soient les informations qui lui sont transmises par ses parents ou/et par les professionnels, il interprète les mots et les actes à la lumière de leur affectivité pour essayer de faire coller la réalité de l'événement à la logique de la théorie qu'il a échafaudée.

.....
Un mercredi matin, le Samu reçoit l'appel de trois enfants : Marine (7 ans) et Christopher (9 ans) appellent avec leur cousin Théo âgé de 13 ans. « Notre tante est morte, il faudrait venir pour faire quelque chose. » Les trois enfants expliquent calmement au régulateur qu'ils dorment le mercredi soir chez leur grand-père maternel et qu'ils retrouvent leur tante Zelda âgée de 26 ans. Ils précisent : « elle est un peu bizarre et assez malade ». Ils transmettent une multitude de détails sur l'état du corps, la température et la couleur de la peau, le positionnement du visage et des membres. À l'arrivée de l'équipe, ils sont tranquillement installés derrière la télé et paraissent indifférents à la présence du Samu. Dans l'après-midi, ils sont chacun accompagnés par leur mère à la consultation spécialisée de psychotraumatisme, sur les conseils du médecin intervenu le matin même. En présence de leur mère, les trois enfants ont un discours désaffectivé et répètent « tout va bien », avec une volonté évidente de rassurer leur mère. Hors présence des deux mères, ils s'autorisent à parler en détail de ce qu'ils ont vu (détails sur la couleur et la texture de la peau, sur la position du corps, etc.). L'image de leur tante décédée reste très présente dans leur esprit et chacun élabore une théorie sur les raisons de sa mort.

Pour les médecins légistes sa mort est déclarée comme suicide par autolyse. Cette jeune femme, schizophrène vivant au domicile de son père, a quelques jours auparavant décapité le hamster de Marine. « Quand elle a fait ça, il y avait du sang partout et je lui ai dit que je ne l'aimais plus et qu'elle n'était plus ma tante. Après ça je ne lui parlais plus et je ne lui ai plus fait de bisous comme d'habitude. Je suis sûre que c'est à cause de ça qu'elle est morte, car elle a compris qu'on ne l'aimait plus ». À cette explication de Marine, son frère rétorque que la cause de la mort « c'est le chagrin suite au décès de mamie » (leur grand-mère et la mère de leur tante) quelques mois plus tôt. Théo après un long silence me demande si je veux vraiment savoir pourquoi elle est morte car lui « [il] sait[t] ». Il m'explique alors, avec cette hypermaturité propre aux enfants exposés à des faits traumatiques, que depuis deux ans, huit décès se sont produits dans la famille, dont celui du père de Marine et de Christopher, mort d'un cancer l'année précédente. « Si ma tante est morte, c'est parce qu'il y a un mauvais sort qui s'acharne sur notre famille. Ils meurent tous comme des mouches et nous, on ne nous dit rien et on nous ment. » Avec de savants calculs, reprenant les jours et les heures des décès, il en conclut que, ce jour-là, sa tante ne pouvait pas échapper à la mort : « c'était impossible autrement ; qu'elle soit morte aujourd'hui, c'est logique. »

Pour Marine, Christopher et Théo ces différentes théories permettent de donner du sens à la mort de leur tante et de la rendre intelligible, donc psychiquement assimilable et supportable. Ces théorisations ont une valeur imaginaire, d'autres s'ancrent dans la réalité. Elles sont aussi présentes chez les adultes, mais chez l'enfant elles prennent une place importante dans leur confrontation aux événements traumatiques. La prise en charge d'enfants confrontés à

de tels contextes permet de repérer ainsi différents types de théories infantiles.

L'enfant tente de trouver une causalité linéaire pour expliquer ce qui lui arrive et restaurer une continuité entre passé et présent. « S'il m'arrive ça, se dit l'enfant, c'est qu'il doit y avoir une explication » et cette explication n'est pas trouvée dans la notion de responsabilité ou de sanction, mais attribuée à d'autres plus forts. Autrement dit, dans cette théorie, l'enfant pense que ce qui lui arrive « n'est pas de sa faute » ; s'il a fait quelque chose c'est « à l'insu de son plein gré » ; il aurait dû être prévenu des risques et les adultes auraient dû le protéger. La faute vient de l'extérieur et l'enfant n'en attribue pas la cause à lui-même. Habituellement les enfants qui élaborent ces théories réagissent par des attitudes le plus souvent régressives : ils reviennent à un stade antérieur où l'événement n'avait pas eu lieu, où les adultes étaient dignes de confiance et le protégeaient. Ils peuvent également manifester des défenses de type paranoïaque : le monde extérieur est perçu comme hostile et dangereux et les enfants affrontent les conséquences de l'événement comme une véritable guerre. Cette réaction est particulièrement à l'œuvre chez certains enfants malades qui peuvent percevoir la maladie, mais également les soignants comme autant d'objets persécuteurs. Pour des enfants qui ont présenté des troubles importants, le fait d'aller mieux peut alors être source d'angoisse extrême et l'enfant se condamner à des manifestations psychosomatiques pour maintenir le conflit avec le monde extérieur.

Pour l'enfant tout devient menaçant et même si l'événement n'entraîne pas de graves conséquences, il est vécu sur un registre dramatique avec nécessairement des conséquences épouvantables pour lui et ses proches.

.....
Nathys, 8 ans, ne se remet toujours pas de l'incendie qui a eu lieu plusieurs étages au-dessus de son appartement. Les dégâts matériels sont minimes et aucune personne n'a été blessée. Mais pour cette petite fille, l'attente de deux heures dans l'appartement a été un véritable traumatisme : « Maman elle hurlait qu'on allait tous brûler et Papa il n'arrivait pas à la calmer. Et nous, on pleurait et elle nous voyait même plus. C'était la fin du monde... et moi j'arrêtais pas de lui dire que ce n'était pas mon âge de mourir ». Pour Nathys la réaction de panique de sa mère a profondément atteint sa confiance en l'autre et son sentiment de sécurité. Plus rien ne semble l'apaiser ; les réactions d'hypervigilance et les cauchemars ont envahi ses jours et ses nuits.

Dans cette théorie du chaos, il est fréquent que les enfants décrivent par des atteintes de leur corps ce vécu d'anéantissement psychique et corporel : « j'ai l'impression d'être en morceaux » ; « ils m'ont vidé mon corps », « je suis comme un puzzle de pièces-mortes » ; « je suis un mort-vivant, pas vraiment mort, mais plus vraiment en vie ». Si l'attention apportée par l'entourage pour tenter de rassurer l'enfant n'est pas suffisante, il est essentiel de pouvoir proposer à l'enfant une prise en charge psychologique pour l'aider à se dégager de cette théorie qui peut, psychiquement, le placer dans un état de grande souffrance.

Parce qu'il souffre, le corps meurtri est ici interprété comme un corps puni ; ce qui permet à l'enfant de donner un sens à cette souffrance. Contrairement aux deux autres théories où l'enfant est marqué par la crainte, la peur et où la responsabilité est déléguée sur les autres, dans cette théorie c'est l'enfant lui-même qui se croit responsable directement de ce qui lui arrive. L'enfant donne du sens à l'événement et détermine sa théorie non plus en fonction de son entourage, mais à partir de lui-même. Autrement dit, « s'il y a eu une telle catastrophe ou si je suis malade, pense l'enfant, c'est de ma faute ». Chez le jeune enfant, cette faute se trouve souvent liée à la sexualité infantile en écho aux conflits œdipiens. À l'adolescence, l'enfant peut également être amené à interpréter ce qui lui arrive comme une sanction de ses premiers émois sexuels, de ses envies

d'autonomisation, voire de ses ressentiments à l'égard de ses parents. Dans ces conceptions théoriques, le risque est que l'enfant ne parvienne pas à se dégager de cette culpabilité et se trouve piégé dans un rapport à la maladie où le risque serait de perdre cet état de malade, qui ne lui permettrait plus de donner du sens à ses désirs inconscients.

.....

Sylvain, 16 ans, est grièvement blessé dans un accident de la route et apprend que sa demi-sœur de 14 ans est décédée. Après plusieurs semaines de prise en charge, il parvient à exprimer l'ambivalence de ses sentiments à l'égard de cette jeune fille : « c'était ma sœur, en fait ma demi-sœur, mais je l'aimais plus que comme une sœur, c'était plus fort ». Il nous explique que sa paralysie est « la punition pour avoir pensé à elle autrement que comme une sœur ». Pour Sylvain, comme pour les enfants théorisant cette notion de punition, le corps blessé, souffrant peut devenir le support privilégié à leur culpabilité. L'enfant peut s'« installer » dans cet état et investir ce corps blessé comme un support à sa culpabilité, un exutoire à la faute qu'il est convaincu d'avoir commise. Il n'est pas rare de constater une *compliance* excessive aux soins, certains enfants ou adolescents allant même réclamer des soins connus pour être particulièrement invasifs, pénibles et douloureux.

Dans ces conceptions l'enfant est convaincu qu'il est malade en raison de maléfices et de sorts jetés par des puissances extérieures (« djinn », « esprits », « malins », « actes de sorcellerie », etc.). Les références culturelles sont ici importantes à repérer et à décrypter pour pouvoir accompagner l'enfant et ses proches dans la compréhension de l'événement et des troubles manifestés. Les conceptions médicales occidentales restent souvent assez hermétiques à ces représentations anthropocentriques des troubles et peuvent conduire à de réels malentendus. Pourtant, nous le verrons ultérieurement, leur compréhension permet d'accéder au savoir construit par l'enfant autour de ce qui lui arrive. Sans cette lecture de la théorie de l'enfant, le risque est qu'il refuse toute aide et des soins qu'il ne peut pas intégrer dans ses représentations.

.....

Ahmed a fui son pays avec ses parents et sa fratrie car sa famille était persécutée suite à une conversion religieuse. Arrivée en France après des mois d'errance

migratoire la famille a été prise en charge par une association. Dès son arrivée en France le père a manifesté une attitude agressive et des violences verbales et physiques qu'il n'avait jamais eues à l'égard de sa femme et de ses enfants. Un soir, il a égorgé sa femme, poignardé ses trois enfants et s'est suicidé en s'immolant devant toute sa famille en train d'agoniser. Seul son fils a survécu. Pour les psychiatres, ce passage à l'acte a été interprété via différentes hypothèses (suicide altruiste mélancolique, bouffée délirante aiguë), mais pour Ahmed, c'est l'attaque d'un djinn (*esprit invisible*) qui est à l'origine de ce drame « mon père était un papa très gentil. Il est devenu fou arrivé en France car les gens du pays lui ont jeté un sort ». Ne pas prendre en compte cette explication donnée par ce jeune garçon dans sa prise en charge ne pourra en rien être thérapeutique. Il est ici important véritablement de tisser du sens entre la conception de l'enfant et celle que les professionnels occidentaux peuvent avoir.

L'histoire de la famille est marquée par la présence d'autres drames (deuil, maladie, accidents) et l'enfant se trouve emprisonné dans des identifications mortifères qui l'incitent à croire que pour faire partie de la famille il faut subir un événement traumatique.

.....
Albert a quatorze ans. Suite à un accident de vélo il se trouve amputé de sa jambe. Ce jeune garçon qui était en sport étude voit toute sa vie subitement bouleversée et tous ses projets irrémédiablement transformés. L'équipe craint qu'il ne sombre dans une dépression majeure d'autant plus qu'il venait d'intégrer l'équipe de France junior avec la perspective d'une participation aux jeux Olympiques. Passés quelques jours où il pleure beaucoup, son attitude change du jour au lendemain après la visite de sa grand-mère. Il va alors étonnamment réagir avec une force de vie totalement inhabituelle dans ce type d'accident. Plusieurs mois plus tard il expliquera que sa grand-mère lui a parlé de son père (donc de l'arrière-grand-père d'Albert), amputé pendant la première guerre mondiale. Et c'est l'identification à ce grand-père, au courage qu'il a eu après-guerre en se réinsérant qui va, pour Albert, donner du sens à son amputation via ce que nous pourrions qualifier de filiation traumatique. Cela va lui permettre d'accepter sa prothèse et aujourd'hui il fait partie de l'équipe de France paralympique.

Chaque enfant va supporter les conséquences de l'événement traumatique avec ce qu'il est, en fonction de son histoire, son niveau de maturité neuro-cognitive et affective, ses ressources antérieures, les relais extérieurs et en fonction du sens qu'il parviendra à lui donner. L'enfant traumatisé reste celui qui connaît le mieux ce qu'il

ressent et ce qu'il vit... ce que nombre de professionnels oublient bien souvent. Il n'a pas toujours les moyens ni l'audace d'exprimer et de rationaliser cette connaissance, mais il a toujours son idée, une idée bien précise pour tenter de comprendre ce qui lui arrive. L'adulte peut essayer de décrypter cette théorie, il peut en particulier comprendre là où l'enfant en est dans sa (re)connaissance de l'événement, à travers les moyens qu'il utilise pour s'exprimer. Lorsque l'enfant joue, raconte, dessine, il met en scène ses émotions, traduit l'angoisse réveillée par le traumatisme et donne à voir et à entendre les mécanismes qu'il utilise pour l'intégrer dans son univers et rendre cet événement plus acceptable. Mais pour voir ces traces du trauma, encore faut-il que les adultes témoins acceptent de reconnaître la réalité traumatique chez l'enfant.

Sans cette dimension mythique donnée au traumatisme, cet événement cataclysmique n'a pas de sens et ne peut pas s'inscrire dans l'histoire de l'enfant. Sans cette dimension inconsciente, le traumatisme est un temps mort alors qu'il est aussi souvent un temps de changement, et paradoxalement un temps de vie. Mais il faut pour cela s'ajuster à l'enfant et se mettre, comme nous le verrons plus tard à son niveau, pour comprendre son mode de pensée et son monde intérieur.

POURQUOI TOUS LES ENFANTS NE RÉAGISSENT PAS DE LA MÊME FAÇON FACE À UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE ?

Nous l'avons rappelé, les événements traumatiques sont multiples et ce que nous constatons, c'est que pour un même événement, tous les enfants impliqués ne réagiront pas de la même façon. Les répercussions du traumatisme atteignent non seulement la sphère psychique, mais également son développement et sa capacité à établir des relations interpersonnelles. Ce qui va être ou non

traumatique chez un enfant à un âge donné dépend de facteurs complexes et d'éléments contextuels variés. La prise en charge d'enfants d'âges très différents nécessite cependant quelques repères cliniques. Lionel Bailly (1999) propose ainsi de distinguer quatre grandes étapes :

- une première période où le bébé n'a pas encore le langage. Chez le bébé, des expériences de séparation brutale et de chaos sensoriel ont été décrites comme des équivalents des expériences de mort chez l'adulte ;
- une seconde phase où le bébé acquiert le langage, mais utilise une pensée pré formelle. Il n'est toujours pas en mesure de garder vivante en lui la représentation de l'autre. C'est-à-dire que si l'enfant ne voit plus cette personne, s'il n'a aucune preuve de son existence, s'il n'a aucun lien matériel qui lui rappelle sa présence, cette personne est morte pour lui ;
- une troisième période où les enfants ont acquis des processus de pensée abstraite. La maîtrise progressive de la pensée abstraite permet en particulier à l'enfant d'accéder à une compréhension du concept de mort. Le message mortifère de l'événement peut être perçu et peut conduire comme chez l'adulte à des réactions post-traumatiques. L'impact du traumatisme à cet âge peut être minoré par la force de la pensée magique de l'enfant, le registre imaginaire pouvant garder plus d'importance par rapport à la réalité ;
- une quatrième phase correspondant à l'adolescence où les événements du fait des processus adolescents vont avoir un impact particulier : la question de la filiation et de l'appartenance est réinterrogée et les parents ne font plus écran entre l'enfant et l'événement. L'adolescent peut avoir recours à une fantasmatisation de la scène qui peut le protéger du traumatisme. Il est parfois moins sensible à l'horreur de l'événement qu'à l'aspect transgressif de celui-ci ou à ce qu'il implique pour lui de modifications de son comportement : agressivité, violence, égoïsme, etc.

Du tout petit bébé à l'adolescent, les ressources de l'enfant vont se construire grâce à ses proches à partir des interactions affectives, comportementales et fantasmatiques c'est-à-dire les influences mutuelles de la vie psychique de l'enfant avec ses proches et en particulier sa mère. Et c'est ce « nourrissage » pluriel qui offre au petit homme tout au long de son enfance, un lien qui l'humanise. Pour bien grandir il a besoin d'amour, de protection, de compréhension, de continuité dans l'attention qu'on lui porte. La vie fait que pour certains enfants, la qualité de ces liens à l'autre sera en souffrance en raison de l'incapacité parentale à assurer ce rapport humanisant. Dans certaines situations, la pathologie du lien conduit à des actes de maltraitance graves avec d'importants troubles relationnels. Le bébé puis l'enfant se construit dans un environnement *insecure* où il n'a jamais expérimenté la confiance en l'autre et le fait qu'il était digne de confiance et d'être aimé. Cette blessure psychique peut le vulnérabiliser durablement, mais certains enfants parviennent à se construire une vie d'adulte positive malgré ces souffrances d'enfance. Dans d'autres situations, le bébé, l'enfant, ont expérimenté des relations sécurisées et sécurisantes avec ses proches. C'est un événement de vie qui vient bouleverser la famille qui entraîne alors une rupture dans la continuité des liens. Les événements traumatiques ont cette valeur déstructurante liée au fait que les proches de l'enfant sont blessés par le drame (psychologiquement ou physiquement) et ne sont plus disponibles pour l'enfant. L'environnement n'est plus stable, plus *secure*, plus rassurant. Cela peut être ponctuel ou s'inscrire dans le temps et laisser l'enfant dans un état durable d'errance relationnelle.

Selon la qualité des ressources qu'il a pu acquérir AVANT l'événement et selon les ressources qu'il aura APRÈS l'événement, les réactions de l'enfant seront donc différentes.

Chapitre 3

Quelles sont les réactions possibles en immédiat ?

LORSQU'UN ENFANT est confronté à un événement traumatique, il peut présenter en immédiat des réactions adaptées ou inadaptées. L'événement traumatique peut aussi conduire à des réactions en différé, c'est-à-dire plusieurs heures, plusieurs jours, voire plusieurs mois après l'événement. Il est ici important de rappeler que l'effet du traumatisme, quel que soit l'âge de l'enfant, n'est pas linéaire et il existe souvent un décalage entre le temps de l'événement traumatique et l'apparition de troubles post-traumatiques. Cet écart entre le temps du traumatisme vécu et son élaboration est lié aux caractéristiques de l'expérience traumatique vécue et aux différentes composantes du processus psychique permettant à la fois un travail d'appropriation subjective et un travail de symbolisation, autrement dit le temps où « ça se passe » n'est pas le temps où « ça se signifie ». Pour l'enfant, le temps ressenti, le temps vécu, n'est pas le temps chronologique. En situation d'événement traumatique, ce décalage est renforcé par la spécificité même de l'expressivité traumatique liée au fait que la trace traumatique n'est pas assimilée, « détoxiquée » pour reprendre l'expression de Bion comme les éléments extérieurs habituellement vécus.

Même très ponctuel, l'événement traumatique s'inscrit dans l'histoire de l'enfant et la confrontation à l'effroi traumatique et à cette « inquiétante étrangeté » est une expérience qui fait trace, qui laisse

une cicatrice avec laquelle l'enfant va devoir apprendre à vivre et dont la douleur est susceptible d'être réactivée à chaque nouvel événement bouleversant, en particulier à l'occasion de deuils, de séparations, de maladies graves ou d'autres événements traumatiques. Certains souvenirs peuvent aussi demeurer intacts durablement dans la mémoire de l'enfant comme de l'adulte, comme l'illustrent les nombreux témoignages de victimes qui, des années après, décrivent l'événement comme s'il venait de se produire, avec la même violence des ressentis.

LES RÉACTIONS PHYSIQUES

Les réactions immédiates chez l'enfant, comme chez l'adulte, sont multiples et peuvent être majorées par le contexte de ce type d'événements et les bouleversements entraînés dans le quotidien de l'enfant : proches qui paniquent et qui ne parviennent pas à rassurer l'enfant ; douleur et incertitude quant à la gravité de leurs blessures et/ou de celles de leurs proches, anxiété quant au devenir de leurs proches s'ils ne sont plus ensemble, perte des repères de vie habituels, sentiment d'abandon du fait du désarroi des proches, agressions sensorielles (bruits des secours, bruits environnants, cris et pleurs des victimes, propos des témoins, chaleur ou froid, odeurs), multitude des intervenants, sensation d'être encore en danger, commentaires des sauveteurs et/ou des médias, confrontation à des sauveteurs ne parlant pas leur langue, etc.

La période immédiate est marquée par des manifestations cliniques induites par les réponses aiguës au traumatisme psychique. Classiquement trois types de réactions sont particulièrement décrits : le stress adapté, les états de stress dépassé et le syndrome de dissociation aiguë.

Le stress adapté est une réaction adaptatrice, utile, salvatrice, mais coûteuse en énergie et accompagnée de symptômes gênants : tachycardie, pâleur, spasmes, douleurs abdominales, tension psychique, pleurs. Le stress est dit « adapté » car la personne impliquée se met en alerte et a la bonne attitude pour se sauver et sauver les autres quand cela est possible. Cette réaction la plus souvent décrite chez l'adulte est également présente chez l'enfant, parfois très jeune.

.....

« Quand il y a eu le feu, ça a tapé très fort dans mon cœur » nous explique Walid. « On s'est sauvé et on est resté à l'abri en s'enfermant dans le placard ; on transpirait et on avait le cœur qui battait tellement fort », nous décrit encore Baptiste rescapé des violences ivoiriennes. L'expérience de Zéna, six ans, témoigne aussi de ces manifestations de stress adapté : « Quand les bombes tombaient, on allait tous se protéger et c'était toujours pareil, le cœur qui va trop vite, la transpiration, et puis après, quand on ressortait on était comme du coton, comme si on nous avait coupé les jambes. »

Cette autre vignette clinique permet de constater combien les enfants, même très jeunes, peuvent réagir face à un événement traumatique avec un contrôle aigu de leur peur et de leurs émotions.

.....

Julie a 5 ans, son frère Damien est âgé de 11 ans. Une nuit de décembre, leur père est pris d'un accès délirant et tente de tuer leur mère en utilisant tous les ustensiles à sa disposition. Les enfants sont réveillés par les hurlements de leur mère et descendent au rez-de-chaussée. Damien tente de s'interposer pour « protéger [s]a mère » et est grièvement blessé au visage par un coup de fer à repasser qui nécessitera 19 points de sutures. Il finit par fuir et se retrouve au commissariat. Sa sœur se sauve de la maison et est recueillie par une automobiliste qui la conduit au commissariat le plus proche. À l'arrivée, elle est pieds nus et explique « j'ai défait mes chaussons car ils étaient pleins de sang... et si je les avais gardés ils auraient fait des traces et il [son père] m'aurait retrouvée et tuée, pareil que maman. »

L'état de stress dépassé apparaît lorsque la situation vécue est trop intense, trop prolongée ou répétée à courts intervalles. Les manifestations peuvent être bruyantes, mais aussi plus silencieuses. Ces réactions doivent être repérées car elles ne permettent pas aux victimes (enfants comme adultes) de se protéger et continuent de

les exposer aux risques matériels. Elles peuvent s'exprimer de différentes façons.

- **Agitation, fuite panique**, avec des conséquences rapidement dramatiques dès lors que la foule est nombreuse. Les multiples décès dans les stades du Heysel et de Furiani témoignent des conséquences dramatiques de ces fuites paniques qui sont aussi à l'œuvre de façon individuelle et chez des enfants.

.....

Janis a onze ans. Il est présent dans le car scolaire lorsque celui-ci est percuté par un train sur un passage à niveau. Le car est coupé en deux et un enfant décède dans ce drame. Si la majorité des élèves restent propres dans le bus ou sortent pour se mettre à l'abri, Janis fuit, sans savoir où, et est retrouvé à plus de vingt kilomètres de l'accident, dans un état hagard, ne sachant plus qui il est, ce qui s'est passé. La fuite adaptée a été celle de ses camarades qui sont sortis du bus, mais qui sont restés à proximité, parfaitement conscients de ce qu'ils venaient de vivre.

- **Sidération stuporeuse** du sujet qui reste immobile, paralysé psychiquement comme physiquement par ce qui vient de se passer, par exemple certaines victimes du tsunami paralysées sur la plage de Phuket face au mur d'eau, alors que d'autres courent de toutes leurs forces se mettre à l'abri.

.....

Alice, quatorze ans découvre sa mère inanimée au sol. Elle essaye de comprendre ce qui se passe, lui crie dessus, pleure, la secoue et réalise qu'elle est morte. Sa petite sœur, alertée par les cris, arrive dans le salon et constate la scène. C'est elle qui appellera les secours en expliquant que soudain sa sœur était devenue elle aussi comme morte, ne bougeant plus, assise près du corps de sa mère, comme paralysée, ne répondant pas à sa petite sœur ni plus tard aux urgentistes.

- **Actes automatiques** qui l'amènent à répéter des gestes simples en apparence adaptés mais qui dans le contexte sont totalement incongrus, par exemple cet adolescent dans un car accidenté, qui nettoie son blouson alors que son voisin est mort face à lui. Ces réactions automatiques sont souvent mal interprétées par les proches qui considèrent que le témoin a failli et n'a pas assuré ce qu'il aurait dû, en particulier porter secours.

.....

Anatole a seize ans quand il découvre son père suicidé par arme à feu, une balle dans la tête. Il prévient les secours et quand l'équipe du SAMU arrive il est, selon l'équipe, « tranquillement installé dans le salon en train de jouer à la playstation et nous dit que ça se passe dans la pièce à côté ». Il ne dit rien d'autre et malgré l'intervention des forces de l'ordre de ses grands-parents puis de sa mère, ne laisse rien paraître de sa détresse. Ce n'est qu'en entretien, plusieurs jours plus tard qu'il pourra expliquer qu'il ne se souvient plus de rien. Cette conduite automatique, très défensive, lui a permis de se protéger psychologiquement de l'horreur de la scène qu'il avait découverte, mais l'a amputé « mnésiquement » d'un moment important qu'il va vivre comme très culpabilisant, à savoir sa conviction de ne pas avoir porté les premiers secours à son père, même si cela était totalement vain. Du côté de ses proches (mère, grands-parents) ce comportement sera aussi à expliquer car dans un premier temps ils vont manifester beaucoup de colère à son encontre, lui reprochant de « s'en moquer ».

L'altération de la conscience consécutive au choc traumatique peut entraîner une dissociation des phénomènes psychologiques qui se traduit par un vécu de distorsion de la réalité (dépersonnalisation, déréalisation) et par l'expression de troubles inhérents (amnésie, actes automatiques). Ces expériences dissociatives accompagnent souvent l'état de stress dépassé et sont souvent décrites par les victimes de viol : « c'était comme dans un film, j'étais là sans être là ; j'étais coupée du monde et je le regardais faire » nous explique Randa, violée dans une fête de lycéens. « Ils me tapaient, ils criaient au-dessus de ma tête, mais c'était bizarre car je n'étais plus dans mon corps ; j'étais au-dessus d'eux et je les observais. Je ne sentais rien, la douleur est venue après quand ils ont arrêté » témoigne Sébastien frappé dans un « jeu » d'agression.

LES RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES

Pour l'enfant confronté à un événement traumatique, c'est tout son monde qui s'effondre, toutes ses croyances en l'autre, en un monde protecteur, qui se trouvent brutalement anéanties. Assez jeunes, les enfants et plus tard les adolescents décrivent l'impact psychique

ressenti au moment de l'événement. Celui-ci se traduit par la confrontation au sentiment d'arbitraire, à la culpabilité et au profond sentiment de désappartenance.

Le sentiment d'arbitraire : l'événement traumatique est violent, soudain et confronte brutalement l'enfant, déjà dépendant du monde extérieur, à un vécu d'impuissance face à une vie qu'il ne contrôle plus. Des enfants rescapés du tsunami survenu en Thaïlande en témoignent : « on n'a rien fait, pourquoi ça nous arrive à nous ? On n'a rien demandé et boum, ça vous tombe dessus, comme ça, comme par hasard » ; « ce n'était pas logique, c'était jamais arrivé un truc pareil et ça nous arrive à nous » ; « ce n'est pas juste » ; « on n'a rien fait... tout peut arriver comme ça ; alors que c'est le paradis, tout d'un coup alors qu'on n'a rien fait on se retrouve en enfer ».

La culpabilité : l'enfant tente par ce mécanisme de défense de lutter contre ce sentiment d'arbitraire en se réappropriant une responsabilité face à ce qui vient d'arriver. « Si j'avais su, jamais je ne serais allé là-bas », « c'est de ma faute c'est moi qui... » ; « je n'aurais pas dû insister, ce ne serait jamais arrivé ». La culpabilité est à entendre comme une véritable « béquille psychique » qui, en immédiat, est le seul lien d'humanité face à l'événement. Autrement dit, si je suis coupable, la prochaine fois cela ne se reproduira pas.

L'altération du sentiment d'appartenance : elle témoigne de la déshumanisation extrême où peut conduire le traumatisme et correspond à un profond sentiment d'étrangeté à l'égard de soi-même comme à l'égard de ses proches. L'événement traumatique brise l'unité du sujet, son sentiment d'identité et met en souffrance les liens interpersonnels préexistants. Au-delà du représentable, il entraîne un effondrement de sens, une impossibilité de se figurer ce qui est en train de se passer et de comprendre ce qu'il subit. L'enfant ne se reconnaît plus et son entourage ne le reconnaît pas davantage : « Je ne suis plus comme avant, je ne suis plus le même, je ne me reconnais même pas » ; « j'ai l'impression d'être devenu pour moi-même un étranger » ; « on avait l'impression d'être seuls au monde » ; « de toutes les façons, personne ne peut comprendre

et je ne peux en parler à personne, c'est comme si je n'étais plus de la même planète ». Véritable gouffre existentiel, l'altération du sentiment d'appartenance blesse l'humanité de l'enfant, soumise au travail obsédant et destructeur de l'événement qui continue à agir en soi par le souvenir. Le fait que de nombreux enfants s'attribuent la responsabilité de l'événement participe à renforcer ce sentiment de désappartenance de ne « plus jamais être comme avant », « d'être sali par ce qui s'est passé » ou pour reprendre une autre expression d'adolescent « d'être dans le monde des coupables et de ne plus avoir le droit d'être avec les autres ».

SOUFFRANCE VISIBLE OU INVISIBLE

L'événement traumatique peut ainsi laisser en immédiat sur le corps de l'enfant des traces visibles (séquelles physiques, handicap), mais aussi des traces psychiques, invisibles, liées à la détresse ressentie. Lorsque l'enfant présente des traces visibles de l'événement (blessures, brûlures, marques de coup, handicap), il est confronté aux regards des autres et peut ressentir des sentiments de gêne, de malaise voire de honte. Le « spectacle » de la trace visible de l'événement, peut entraîner de la part du « spectateur » des attitudes plus ou moins conscientes, plus ou moins contrôlées, d'évitement, de rejet de dégoût ou de surprotection.

.....
Adrien, dont le père est décédé lors des attentats de Charlie Hebdo, explique avoir été « au départ » très soutenu par l'ensemble de son lycée. Mais progressivement il a eu l'impression de « devenir une bête de foire, celui qu'il fallait avoir comme ami car c'était le fils d'une des victimes de Charlie ». Il explique le changement soudain des regards, de l'attitude et des propos des élèves comme des adultes à son égard ce qui a entraîné une profonde culpabilité car dans sa classe un autre élève avait perdu au même moment son père par suicide et ne bénéficiait d'aucune attention. Il nous dit « j'étais comme marqué d'une trace invisible et c'est « grâce » aux autres attentats que j'ai pu retrouver une forme d'anonymat ».

Jules, lui, a été victime des attentats du bataclan et a dû être amputé. Il explique la même fascination morbide dans les suites de l'événement « je voyais bien qu'à l'hôpital je n'étais pas traité comme les autres, comme au centre de rééducation » et puis après quand il a fallu revenir au lycée puis à la fac, il y a eu les premiers temps

un peu d'attention puis très vite des remarques désagréables des autres élèves sur les « avantages » que j'aurais, l'argent que j'aurais gagné grâce à ça » (les indemnités) et plein de propos abjects du même ordre. En fait ce que j'ai compris c'est qu'au début on fascine, mais après on dérange, il faut qu'on retourne dans l'oubli. Mais comment oublier ? »

Mais n'avoir aucune trace de l'événement n'est pas si simple. Lorsque les lésions sont visibles uniquement dans l'intimité ou lorsqu'il n'existe pas de trace visible, l'enfant souffrant n'a pas de support corporel pour transmettre aux autres sa détresse, ses peurs, sa douleur. L'invisibilité facilite chez l'adulte la banalisation, le déni à l'égard de l'horreur vécue par l'enfant et des troubles susceptibles de se présenter et peut même renforcer les exigences des adultes à l'égard de l'enfant survivant.

.....
« Après l'attentat du Caire (février 2009 décès d'une jeune adolescente, Céline, âgée de 17 ans, devant ses camarades) il y avait des jeunes de blessés et moi je n'avais rien... enfin presque rien parce que j'avais tout vu et des cauchemars plein la tête et surtout mes tympans avaient été totalement touchés (*blast lié à l'effet du souffle de la bombe*), mais ça, ça ne se voit pas alors que ça me donne des maux de tête et que ça entraîne des bruits pas possibles (acouphènes) qui me donnent l'impression de devenir folle. Mais pour les autres ce n'est rien. Même l'expert que j'ai vu et qui m'a gardée 10 minutes il a dit que ce n'était rien car j'aurais pu mourir et qu'il fallait que j'arrête d'être *abattue* comme cela... alors moi, personne ne me comprend et tout le monde considère que je vais bien car je n'ai rien de visible alors que dedans, tout est mort ».

Certains enfants gravement et durablement touchés physiquement peuvent intégrer ces modifications brutales de leur corps, restaurer leur image du corps et vivre autrement avec ce nouveau corps limité dans ses capacités. Même si la souffrance psychique reste très présente ils parviennent à vivre avec ce corps et non plus à survivre dans ce corps. Limités dans un secteur de leur vie, ces enfants surinvestissent d'autres espaces et peuvent compenser, « sublimer » leur handicap ou leurs difficultés physiques en manifestant par exemple une importante curiosité intellectuelle et en développant leurs capacités cognitives.

Par contre, d'autres enfants présentant les mêmes traces physiques, sont dans l'incapacité de restaurer une image de leur corps suffisamment apaisée et restent bloqués dans une situation de dépendance, une impression de dette à l'égard de ceux qui les entourent. La notion d'assistance aggrave le décalage ressenti par rapport à leur ancienne vie et souvent, ils se perdent dans des théories de réparation toujours insatisfaisantes.

Une telle variabilité dans l'expression des conséquences des blessures liées à l'événement traumatique, s'explique par de multiples facteurs : la personnalité de l'enfant, son niveau de développement au moment de l'événement ; la qualité des interactions familiales antérieures à l'événement et celles qui ont pu s'exprimer depuis ; le contexte de soins et de prise en charge.

Chapitre 4

Quelles sont les réactions possibles en différé ?

LA DOULEUR PHYSIQUE comme la souffrance psychique chez les enfants ont longtemps été minorées tant par leur entourage que par les professionnels. La reconnaissance de l'existence des blessures psychiques chez les enfants est aujourd'hui admise. De nombreuses publications témoignent de l'impact des événements traumatiques sur les enfants et décrivent l'étendue des troubles post-traumatiques susceptibles de se développer (Frederick C. J., 1977 ; Rausch de Traubenberg N., 1988 ; Bacqué, M.-F., 1991 ; Donabédjian D., 1994 ; Meunier J.-L., 1992 ; Moro M.-R., 1995 ; Baubet T., 2003 2005). Mais les expressions très polymorphes des symptômes post-traumatiques chez l'enfant, font qu'ils restent méconnus, peu repérés et lorsqu'ils le sont, banalisés voire déniés.

Quel que soit l'âge des enfants impliqués, nous avons rappelé combien l'événement traumatique est un événement désubjectivant qui fait effraction dans la vie de l'enfant, dans son organisation pulsionnelle et provoque une désorganisation du processus élaboratif en constitution. Il déchire leur vie en s'attaquant à leur corps, à leur esprit, à leurs émotions, à leurs repères, à leurs représentations du monde extérieur, à leurs relations. Comment les enfants font-ils face à l'événement traumatique ? De quel type de symptômes souffrent-ils ?

CLASSIFICATION INTERNATIONALE

Ces questions ont été ces dernières années particulièrement étudiées avec des perspectives alternant de l'enfant « tout traumatisé » à l'enfant « tout résilient ». Actuellement les écrits les plus fréquents, proposent une lecture de la clinique traumatique infantile très souvent exclusivement centrée sur la classification internationale du DSM V (2013). Le DSM-5 répertorie des critères diagnostiques des troubles liés au stress post-traumatique qui s'appliquent pour les enfants **à partir de 6 ans**, les adolescents et les adultes. Le trouble de stress post-traumatique apparaît suite à l'exposition à un évènement traumatique, notamment l'exposition à la mort, à des blessures graves, ou à des violences sexuelles, effectives ou potentielles. Les critères comprennent de multiples manifestations :

- Des symptômes envahissants associés à un ou plusieurs évènements traumatiques tels que des souvenirs répétitifs, involontaires (il est précisé que chez l'enfant de plus de 6 ans, ces souvenirs peuvent prendre la forme d'un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme) ; des rêves répétitifs (chez l'enfant, cela peut s'apparenter à des rêves effrayant sans contenu reconnaissable) ; des réactions dissociatives comme des flashbacks (pour l'enfant, des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu) ; un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique et des réactions physiologiques lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant l'évènement traumatique.
- Un évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs évènements traumatiques comme des efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments et/ou pour éviter tous rappels externes (par exemple les endroits, les personnes...) qui réveilleraient des souvenirs provoquant un sentiment de détresse.
- Des altérations marquées de l'éveil et de la réactivité : un comportement irritable ou accès de la colère ; un comportement irréfléchi et autodestructeur ; une hypervigilance ; une réaction de

- sursauts exagérée ; des problèmes de concentration ; une perturbation du sommeil.
- Des altérations négatives des cognitions et de l'humeur se sont rajoutées dans cette nouvelle version : une incapacité à se souvenir d'un aspect important du ou des événements traumatiques ; des croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde ; des distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou des événements traumatiques ; un état émotionnel négatif persistant (crainte, colère, culpabilité, honte) ; une réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ; un sentiment de détachement d'autrui ou de devenir étranger par rapport aux autres ; une incapacité persistante d'éprouver des émotions positives.
 - Des symptômes dissociatifs peuvent être présents ou à expression retardée (six mois après l'évènement) en prenant la forme d'une dépersonnalisation (expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme un observateur) ; ou d'une déréalisation (expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement).

Cette codification concernant les critères diagnostiques comporte peu de différence notable entre symptomatologie de l'enfant et celle des adultes. Elle présente des insuffisances notoires pour rendre compte de la clinique bien spécifique du traumatisme psychique chez l'enfant et l'adolescent. Ainsi les manifestations psychosomatiques ne bénéficient pas d'attention ; des affections dermatologiques (eczéma, pelade...), respiratoire (asthme, bronchite...) associées à d'autres plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales...) peuvent surgir après des événements traumatiques.

Pour les enfants d'un âge dit préverbal (moins de trois ans) une autre classification a été proposée par un groupe de cliniciens américains spécialisés dans la prise en charge des jeunes enfants et regroupés sous le nom de l'organisation Zero to Three, National Center for Infants, Toddlers and Families, NCITF (Fénichel, 1999).

Cette classification diagnostique appelée CD 0-3 (version révisée en 2005) propose cinq critères pour faire le diagnostic d'état de stress post-traumatique chez l'enfant.

1. **Exposition à un événement traumatogène** impliquant une atteinte ou une menace d'atteinte ou de blessure de l'intégrité physique ou psychologique de l'enfant ou d'une autre personne.
2. **Au moins un symptôme de reviviscence (*reexperiencing*) :**
 - jeu post-traumatique (différent du jeu) ;
 - souvenirs récurrents et intrusifs (fascination, en parle ou questionne sans cesse) ;
 - cauchemars répétés ;
 - détresse physiologique lors des rappels ;
 - épisodes de *flash-backs* ou de dissociation.
3. **Au moins un symptôme d'émoussement de la réactivité ou d'interférence développementale :** retrait social, restriction de la gamme des affects, diminution de l'intérêt/engagement dans les activités, efforts d'évitement.
4. **Au moins deux symptômes d'hyperveil (*increased arousal*) :**
 - refus d'aller se coucher, troubles de la concentration, hypervigilance, sursaut, irritabilité ;
 - accès de colère, spasme du sanglot...
5. **Dure au moins un mois.**

Si les troubles décrits dans le PTSD se retrouvent souvent auprès d'enfants traumatisés ils ne sont pas exclusifs de la souffrance manifestée par les enfants et la clinique du traumatisme chez l'enfant ne saurait s'y réduire (Bailly, 2001, Baubet et Moro, 2003).

Le bouleversement de la réalité traumatique entraîne des réactions multiples, des « processus constamment retrouvés dans les pays occidentaux comme en situation transculturelle chez les sujets présentant un état de souffrance incapacitant après des événements traumatiques quelles que soient les variations de la symptomatologie extériorisée » (Baubet et Moro, 2003). La dimension culturelle est ici essentielle à prendre en compte, les manifestations de la détresse et de la souffrance psychique étant souvent bien différente d'une

culture à l'autre. Il y a cependant trois invariants qui sont l'effroi, le changement dans l'appréhension du monde (effondrement des valeurs, des croyances, du sens, désinvestissement objectal, sentiment d'abandon), l'inquiétante étrangeté (métamorphose violente suite au choc traumatique qui rend le sujet étranger à lui-même et aux yeux des autres, il ne se reconnaît plus, on ne le reconnaît plus).

L'expérience de nombreux cliniciens témoigne que suite à un événement catastrophique, l'enfant peut présenter également un grand nombre de séquelles post-traumatiques (troubles psychosomatiques, troubles développementaux ou cognitifs, etc.) qui ne sont pas à comprendre comme des troubles associés au PTSD, mais comme des entités cliniques à part entière (Lachal *et al.*, 1997, Moro, 1991, Mouchenik *et al.*, 2003).

Dans le contexte qui est le nôtre, il nous semble moins utile de chercher à établir un lien entre l'âge et les troubles post-traumatiques que de dégager les différents registres sur lesquels s'exprime le traumatisme.

TRAUMA DANS LES LIENS RELATIONNELS

L'impact du traumatisme dans les liens relationnels que l'enfant établit entre lui, ses proches et le monde extérieur, sera bien différent selon l'âge auquel intervient cet événement. De la dépression anaclitique du nourrisson aux troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent, les réactions sont multiples.

Le terme de dépression anaclitique est utilisé pour caractériser la dépression chez le bébé ou l'enfant très jeune violemment séparé de sa mère. Les ruptures d'attachement chez les tout-petits lorsque personne ne vient remplacer affectivement la mère ou le père décédé(e), peuvent entraîner des troubles sévères et durables.

Différents travaux ont été menés sur les conséquences liées aux séparations précoces dans l'enfance en particulier par R. Spitz et J. Bowlby juste après la seconde guerre mondiale. Ce qu'ils ont constaté c'est que le bébé, dans un premier temps, proteste et manifeste sa détresse par des pleurs et une agitation qui se transforment en gémissement plaintif. Dans un second temps ces enfants expriment un désespoir qui se traduit par une attitude de retrait, un refus du contact souvent associé à des risques croissants d'infection, à des perturbations somatiques, à des troubles alimentaires et des troubles du sommeil. L'absence persistante de soins maternels conduit ainsi à ce que Spitz désigne comme une dépression anaclitique avec des conséquences d'autant plus sérieuses sur le niveau de développement affectif et cognitif de l'enfant que la privation affective est durable.

.....
Justine, 12 mois, est retrouvée en fin d'après-midi collée au corps sans vie de sa mère, suicidée selon les légistes, par section de la carotide en début de matinée. Le père de Justine, mort la semaine précédente dans un accident de moto, la petite fille est placée le soir même en foyer. Après dix jours de placement, la responsable de la pouponnière prend contact avec la consultation de psychotraumatisme car « l'état de Justine est alarmant » : refus total de s'alimenter, prostration continue sans aucun moment d'interactions possibles, impossibilité de l'endormir avec des « yeux hagards fixés et qui surveillent sans relâche », « impossibilité de la prendre dans les bras sans qu'elle ne hurle de désespoir » et qu'elle ne manifeste des « gestes d'opposition ». La responsable s'inquiète également des réactions de l'équipe : si les premiers jours une attention toute particulière lui était portée, le comportement de la petite fille a conduit à « l'épuisement des professionnels », voire à des attitudes de « rejet violent » de la part de certains « qui ne la supportent plus ». Aucune explication n'a pu être donnée à Justine sur ce qui s'était passé pour sa maman et sur les raisons de son placement. Cette absence de mot est justifiée par le fait que pour cette institution, « c'est à la famille de le faire »... mais en l'absence de famille, rien n'a pu être dit.

Compte tenu du contexte, nous décidons de nous rendre à la pouponnière pour rencontrer Justine, mais également l'équipe. À notre arrivée cette petite fille présente les troubles d'une dépression anaclitique et ne réagit à aucune stimulation. En lui prenant doucement la main et en lui caressant, nous lui expliquons pour quelle raison nous sommes là et reprenons tous les événements qui se sont passés depuis dix jours. Le seul mouvement est celui de sa tête qui se retourne vers nous, avec son regard qui se fixe intensément quelques instants au moment où nous reparlons de l'intervention des secours. Suite à ce moment particulièrement chargé émotionnellement, Justine s'endort. Ce sommeil brutal pourrait s'inscrire dans un contexte d'hypersomnie traumatique (en raison en particulier de la réactivation des

souvenirs du décès de sa mère et de son père), mais il nous semble davantage témoigner d'un lâchage de réassurance de Justine après des jours de lutte face au monde extérieur : les traits de son visage sont détendus, son corps souple, son rythme respiratoire calme sans aucun geste d'agitation ni de tension, comme nous pouvons le constater dans les cas d'hypersomnie réactionnelle. Nous consacrons également un temps important aux membres de l'équipe en leur offrant un espace de parole pour témoigner de ce qu'ils ressentent et en décrypter le sens.

Ce n'est pas uniquement sa mère et son père que Justine a perdu, mais tout son univers et ses repères. La rupture de continuité psychique a été si violente, qu'elle s'est trouvée projetée dans un autre monde, avec d'autres valeurs, d'autres visages qu'elle ne connaissait pas, sans qu'aucune explication ne lui soit donnée. L'impact traumatique a contaminé l'équipe des intervenants totalement bouleversés par une telle histoire. À la douleur de son deuil, viennent se surajouter des troubles post-traumatiques liés à son exposition directe au corps de sa mère. Notre première priorité est de tenter de restaurer une continuité psychique en tentant de rétablir des liens avec sa vie d'avant le placement : par la parole et des mots simples posés sur son histoire, mais également avec des traces de ses parents, en particulier des objets ayant leur odeur. Après une longue discussion avec le procureur substitut des mineurs, il est convenu que des photos et des vêtements de ses deux parents soient récupérés par les forces de l'ordre et apportés à la pouponnière (l'appartement ayant été placé sous séquestre pour la durée indéfinie de l'enquête) ; ainsi que des jouets et les doudous trouvés dans sa chambre au domicile. Ses objets sont placés autour du lit de Justine qui les reconnaît d'emblée et qui ne les lâchera plus. Un travail important avec l'équipe de la pouponnière est également mené pour soutenir les adultes face à leurs réactions négatives à l'égard du comportement de cette petite fille et leur permettre de redevenir « suffisamment bons » pour reprendre l'expression de Winnicott. Pour Justine, comme pour ces bébés effractés par l'expérience de cette perte violente des adultes de référence, l'instauration d'un soutien affectif de substitution adapté leur permet de retrouver une sécurité psychique indispensable, pour continuer de vivre et évoluer le plus positivement possible.

Elle se manifeste par un attachement excessif à l'autre, dans des attitudes de collage et d'agrippement affectif chez le bébé comme chez l'enfant plus âgé. Toute nouvelle situation est source de réelle angoisse et même les moments habituels de séparation, comme le fait d'aller à l'école ou de rester seul dans une pièce de la maison devient insupportable à l'enfant. L'enfant développe une hypervigilance qui vise à surveiller les proches pour s'assurer de leur présence et du fait qu'ils ne risquent pas eux aussi de disparaître. Elle a aussi pour fonction de tenter de maintenir à distance les reviviscences post-traumatiques. L'enfant est en alerte continue, contrôle que les personnes de son entourage sont bien là, surveille que tout se passe bien et qu'il n'est pas seul au monde. Cela peut entraîner un épuisement physique et une grande fatigue psychologique avec des troubles de la concentration, de l'attention, de la mémoire qui peuvent avoir des conséquences plus ou moins durables sur ses apprentissages. Il n'est pas rare que cette dépendance anxieuse conduise à des phobies scolaires lorsque l'enfant par crainte d'un nouveau malheur, n'ose plus quitter le domicile conjugal.

.....
Pour la mère de Lorenzo, son fils de six ans est devenu un « chewing-gum » depuis la mort de son grand frère. « Il me colle, je ne peux plus faire un mètre sans qu'il ne soit dans mes jambes. » Pour Mathéo tout juste deux ans, toutes ses activités se concentrent dans le salon où se trouvent ses grands-parents qu'ils ne quittent plus depuis le décès de ses parents. « Il ne peut plus jouer dans sa chambre. D'ailleurs il ne joue plus. Il est avec nous, essaye de faire ce que nous faisons et ne nous quitte plus une seconde. »

L'enfant peut aussi exprimer des peurs irrationnelles d'être lui-même tué, enlevé ou de se perdre. Sa peur de mourir peut s'accompagner d'un réel désir de disparaître pour retrouver celui qui vient de mourir. « Je voudrais dormir et retrouver papa, nous explique Célia qui a découvert son père pendu... parce que ça me fait trop mal qu'il soit plus là. » Et tout en exprimant ce désir de rejoindre son père elle nous décrit les nombreux cauchemars qui l'envahissent dès qu'elle

s'endort : « il y a des gens qui me tuent et qui me coupent dans un sac et après j'essaye de regrouper les sacs pour me sauver, mais je n'ai jamais le temps. » Les adultes qui entourent l'enfant peuvent être submergés par la douleur et l'enfant peut craindre que ce parent ne disparaisse à son tour ou ne l'abandonne. L'anxiété peut devenir pathologique et handicaper le quotidien de l'enfant car ses craintes sont peu repérées par les adultes de son entourage ou lorsqu'elles le sont, elles restent mal comprises voire totalement déniées. Pour limiter ces difficultés, il est important que les adultes puissent être soutenus pour supporter ces phases de dépendance anxieuse sans gronder l'enfant, sans les lui reprocher et le rassurer sur le fait qu'il n'est pas seul et qu'ils sont là, bien présents, pour lui, avec lui et qu'ils ne vont pas l'abandonner.

Sans qu'ils soient toujours responsables de manifestations psychiatriques aussi graves, les événements traumatiques peuvent aussi présenter au niveau de la personnalité des troubles anxieux et de l'humeur susceptibles d'altérer au moins provisoirement la personnalité. Ils se manifestent par des sentiments de tristesse, de dépression, une anxiété diffuse, des craintes inexplicables, des troubles proches de la névrose d'angoisse, de manifestations phobiques, des périodes alternant entre activité et passivité, euphorie et tristesse, surexcitation et introversion, dynamisme et abattement (Cole et Putman, 1992).

L'angoisse est omniprésente avec une crainte permanente sans objet défini et se manifeste par un besoin constant d'être rassuré pouvant conduire aux réactions régressives que nous venons de décrire. Les troubles anxieux et de l'humeur peuvent aussi se traduire aussi par une attitude d'auto-dévalorisation, de *compliance* excessive, de dévouement pathologique, que par de l'agressivité envers la fratrie, les camarades et le(s) parent(s) perçus comme non protecteurs.

Le quotidien de l'enfant peut être brutalement et durablement bouleversé : en contexte de guerre, de catastrophe naturelle, d'accident grave tels que des incendies, les domiciles, les lieux de garde et les établissements scolaires peuvent être tellement endommagés qu'ils deviennent inaccessibles pour plusieurs jours voire pour des mois. Les familles sont particulièrement insécurisées dans de tels contextes et les enfants le ressentent inévitablement. Dans d'autres situations, le cadre de vie de l'enfant n'est pas atteint, mais l'entourage familial est blessé psychiquement par l'événement et n'est plus disponible pour l'enfant. Certains parents reconnaissent « ne plus pouvoir s'en occuper », « ne plus avoir la force » ou « être submergé par trop de chagrin pour y arriver ». D'autres ne réalisent même plus à quel point ils sont détachés des préoccupations primaires de leur enfant et dans ces cas-là, ne sollicitent aucune aide. Les conséquences possibles pour l'enfant surtout très jeune, de cette atteinte de sa vie relationnelle et sociale sont des changements de comportement accompagnés certaines fois de troubles réactionnels. Nous l'avons rappelé, l'enfant n'est pas en capacité de mettre des mots sur sa douleur, ses peurs ou son chagrin, comme pourrait le faire l'adulte. Les maux du corps, ses brusques changements et ses mises en acte, sont alors les témoins des multiples traces susceptibles d'être laissées par l'événement traumatique.

Il peut s'agir d'attitude de retrait, de tendance à s'isoler, de mutisme, de peur de rentrer chez soi. Paul, 6 ans, qui était un enfant remuant et bagarreur s'est transformé suite à l'agression sexuelle qu'il a subie, en un enfant soumis qui s'accroche aux autres « comme une tique » expliquera son institutrice. Agressé par ses camarades il ne réagit même plus, se recroqueville et fait le mort.

D'autres enfants sont qualifiés de « provocateurs » et « d'insolents » et présentent un comportement inhabituel au leur, fait d'agitation, de non-respect des consignes, d'effronterie constante sans que rien ne semble pouvoir les contenir.

.....
Ainsi Jacob, 3 ans, présente depuis le suicide de son père auquel il a assisté, un comportement qualifié « d'ingérable » par sa mère et semble-t-il son enseignante : « il n'obéit à rien ; on dirait un chat sauvage qui va dans tous les sens, qui casse, qui tape, qui ne respecte plus rien. Il a beau être puni, ça n'y fait rien, il n'arrête pas. »

Pour Sylviane, 13 ans, qui a perdu son père dans une inondation, c'est l'insolence qui n'est plus supportée par son entourage. « Avant "ça", explique sa mère, c'était une jeune fille normale, plutôt calme, ça lui arrivait de s'énervé, mais elle se contrôlait toujours. Alors que là ça dérape en permanence ; elle me parle comme à un chien, ne me regarde plus quand elle me parle et c'est le conflit permanent. » Seule, Sylviane explique combien le décès de son père, intervenu pour la sauver elle et ses frères, est une injustice insoutenable. Son agressivité à l'égard de sa mère témoigne d'une colère à l'état brut (« elle n'a rien fait, elle pour nous sauver [...] mon père il a dû se sacrifier à sa place »). Elle pourrait aussi être entendue comme une réaction visant à se rassurer sur la présence de sa mère « quoi qu'il arrive » (« quand je fais mes crises je me demande toujours si elle va tenir ») ; elle pourrait enfin être analysée sous l'angle d'une culpabilité insupportable d'avoir survécu au prix de la mort de son père (« je ne mérite pas de vivre ; lui, il avait le droit de vivre encore »).

Chez les enfants victimes d'abus, les phobies des contacts physiques, la peur du regard, la crainte d'être agressé, sont fréquentes. « Je suis incapable de sortir seule me promener. J'ai peur, toujours peur et puis surtout je n'ai plus confiance en personne. Le moindre sourire, la moindre proposition d'aide me semble suspecte » nous explique Pauline, 20 ans après les faits.

L'enfant peut aussi donner l'impression de se désintéresser de tout, de traîner un ennui insurmontable et d'éviter tout contact, toute relation sociale ou amicale. Trahi par le monde des adultes, il se protège contre toute nouvelle intrusion et se réfugie dans un monde imaginaire inaccessible. Il peut devenir particulièrement lent ou au contraire hyperactif ce qui ne manque pas d'alerter les enseignants.

Confrontés aux conséquences psychiques du trauma, le bébé, l'enfant et l'adolescent sont non seulement en panne d'élaboration, mais aussi confrontés à un monde extérieur perçu comme insécurisant ; voire agressif et menaçant. Cette violence du monde extérieur et cette impasse à la symbolisation peuvent aussi conduire à des conduites auto-agressives plus ou moins visibles et difficilement repérées par l'entourage : mise en danger excessive, attaque du corps, fugue, tentative de suicide, automutilations, pratiques dangereuses, actes délictueux tels que la toxicomanie

l'alcoolisme ou la prostitution. Ces actes témoignent de l'intensité de la souffrance psychique de ces enfants et de leur tentative pour se défendre contre un monde pulsionnel envahissant en tentant une mise à distance vis-à-vis des relations objectales conflictuelles.

.....
Anna, 16 ans, placée en foyer depuis plusieurs années suite à la condamnation pour viol de son père et de sa mère, est selon son éducateur une « professionnelle de la fugue ». Fugue du foyer, fugue du collège, dès qu'une situation la contrarie, elle fuit pour 24 heures comme pour une semaine, incapable de gérer l'angoisse suscitée par cette contrainte autrement que dans ce passage à l'acte impulsif.

Patrick a sept ans. Deux ans auparavant son frère jumeau est décédé brutalement en quelques jours d'une maladie rare. Il est depuis dans un mutisme total, refusant de communiquer avec sa mère. Celle-ci décrit son attitude par rapport au comportement de son fils qui ne joue plus, ne parle plus sauf pour l'agresser. Il l'aurait menacé à plusieurs reprises avec un couteau. Seul hors présence de son père, Patrick parvient pour la première fois depuis deux ans à exprimer toute sa colère et sa rage à l'égard de ses parents qu'il considère comme responsables de la mort de son frère. Avec ce qu'il a compris de l'événement et à partir des bribes de mots entendus, il s'est reconstitué une histoire pour donner sens à la mort de son frère. Il sort de sa poche une photo de lui et son frère jumeau sur laquelle il n'est pas possible de les différencier tellement la ressemblance est forte. « Tu vois comme on se ressemble. Lui, c'est moi, moi c'est lui. On ne doit pas mourir à cinq ans ; ce n'est pas un âge pour mourir. Ils [ses parents] n'ont rien fait pour empêcher qu'il meure. Moi aussi je veux mourir, je veux le retrouver. On était tous les deux pareils, on faisait tout pareil ; il est mort alors j'aurais dû mourir comme lui. » Patrick multiplie les conduites dangereuses, se blesse, met son corps en danger, risque sa vie tous les jours par des actes auto-agressifs qui témoignent de la douleur de ce deuil traumatique. Ses parents submergés par le chagrin ne parviennent plus à le rassurer et ne supportent plus son comportement. Le fait d'autoriser la parole et de permettre à Patrick d'exprimer son ressenti va conduire à une lente évolution dans son rapport à ses parents. Un temps important sera consacré aux explications concernant la maladie, aux soins apportés à son frère, aux rituels de deuil : tous ces sujets ayant été tus à Patrick.

Chez l'enfant les troubles dépressifs sont rarement repérés en tant que tels et le plus souvent assimilés à de la « fatigue », ou à une simple « tristesse ». La dépression se manifeste habituellement par ces principaux symptômes :

- un sentiment durable de tristesse ;

- une apathie, une absence de plaisir et un désintérêt pour les activités habituelles : école, loisirs, jeux ;
- une instabilité de son humeur, anxiété, colère, caprices ;
- un retrait par rapport aux relations qu'il avait précédemment avec sa fratrie, ses camarades ou les adultes de son entourage ;
- un ralentissement cognitif et une inhibition intellectuelle pouvant conduire à un fléchissement des résultats scolaires ;
- une fatigue continue ;
- des troubles du sommeil : difficultés d'endormissement, cauchemars, insomnies, hypersomnie chez des enfants qui dorment en permanence ;
- des troubles de la conduite alimentaire : refus de s'alimenter, phobie de certains aliments, boulimie, régurgitations, vomissements ;
- des idées de mort.

Le jeune enfant a également tendance à reproduire la scène traumatique en s'identifiant à l'agresseur. Cette violence agie a été bien décrite chez les enfants abusés par Van der Kolk (1989), Cole (1992) ou Prino et Peyro (1994). Il peut ainsi infliger à un autre l'équivalent de ce qu'il a lui-même subi, sans que cette mise en acte de la violence subie soit nécessairement consciente. La violence peut aussi s'exercer contre lui-même. Les différentes excitations sensorielles qui rappellent le traumatisme ne sont pas intégrées et empêchent sa résolution. Les conduites agressives peuvent se manifester contre les pairs, contre les adultes de l'institution ou contre lui-même. La confusion psychique consécutive à l'abus ne permet pas d'établir une distinction suffisante entre soi et l'extérieur. Il est incapable de faire « comme si » en référence au jeu du faire semblant, étape essentielle pour que l'enfant élabore peu à peu son espace psychique. La pulsion agressive et destructrice n'est plus canalisée et envahit instantanément le réel. Les passages à l'acte

peuvent être très agressifs, dans un réel désir d'anéantir l'autre, devenue la cible expiatoire de la violence subie.

.....

Kévin, élève de 6^e, a déjà changé à cinq reprises d'établissement scolaire : insultes, menaces de mort en primaire sont remplacées dès son arrivée au collège par des agressions physiques très violentes sur ses camarades comme sur ses enseignants. Son professeur d'anglais, menacé au cutter car « son cours c'est de la daube », portera plainte. C'est au cours de l'instruction, que Kévin expliquera sa haine des adultes et qu'après plusieurs mois sa mère et son beau-père seront arrêtés pour avoir « confié leur fils à des amis pour des tournages de films pornographiques. »

Lorsque la douleur fait trop mal, l'enfant peut en venir à se faire mal ou/et à se mettre en danger. Il peut même exprimer directement sa volonté de mourir pour rejoindre la personne décédée ou pour ne plus être envahi par les souvenirs de l'événement. Les attaques sur le corps peuvent être visibles (scarifications, morsures, cheveux arrachés, tentatives de suicide), mais peuvent aussi s'exprimer à travers des accidents à répétition et/ou des conduites dangereuses, telles que les « jeux » de mort : traverser les voies de train, conduire un vélo ou une mobylette à contresens, marcher en équilibre sur un bord de fenêtre, etc. Ces conduites peuvent être comprises comme des équivalents suicidaires, mais l'enfant peut aussi manifester une motivation consciente de mettre fin à ses jours par de réelles tentatives de suicide ou par un suicide. Ces passages à l'acte peuvent avoir plusieurs sens : désir de rejoindre le proche décédé, tentative de lutter contre une culpabilité consciente ou inconsciente, désir d'échapper à la douleur insupportable que représente l'absence du proche, volonté de s'identifier au défunt et de devenir comme lui.

Il est essentiel de ne pas les banaliser et de solliciter l'aide de professionnels pour mettre en place un relais auprès de l'enfant ou de l'adolescent.

Si certains enfants endeuillés manifestent leur chagrin et/ou présentent des troubles repérables par les adultes de leur entourage, d'autres enfants vont, en apparence, ne rien montrer de leur douleur. Ils réagissent en « faux-self », c'est-à-dire comme s'ils n'étaient pas touchés par le drame qui leur arrive, comme s'ils n'étaient pas concernés par tous les bouleversements de leur quotidien. Ils tentent de vivre « comme avant » et dissimulent leur douleur en se soumettant aux attentes de leur environnement. Ils peuvent ainsi surinvestir l'école, poursuivre leurs activités périscolaires sans peine apparente, réaliser de magnifiques dessins très éloignés de ce que l'on pourrait s'imaginer ; ce que nous avons désigné par le terme de « dessins leurres » (Romano, 2010). Les adultes sont alors souvent rassurés et peuvent à tort penser que l'enfant n'est pas touché par le décès. À tort car lorsque l'on offre à ces enfants ou ces adolescents endeuillés un espace pour parler leur chagrin, ils expliquent facilement comment cette façon d'être leur permet de surmonter l'absence de celui qui vient de mourir.

.....
Max, 15 ans, qui a perdu ses parents et sa sœur dans un accident de voiture a repris les cours au collège comme si rien n'était arrivé et avec un tel détachement que l'équipe pédagogique s'est dite « perturbée ». Ses grands-parents devenus ses tuteurs, ne comprennent pas une telle attitude et expriment à plusieurs reprises de la colère face à ce qui leur apparaît comme une indifférence : « il écoute sa musique, il sort, on a vraiment l'impression qu'il s'en fout de ce qui est arrivé ; il refuse même de nous accompagner au cimetière ». Ce que ses grands-parents ne savent pas, c'est que dès qu'il en a la possibilité, Max se rend au cimetière, volontairement seul : « quand ça ne va pas ou quand j'ai quelque chose d'important à leur dire je vais les voir et là je peux me retrouver seul avec eux, je peux pleurer autant que je veux sans que personne ne se jette sur moi pour me dire d'être fort, d'être courageux. Là, je suis tranquille avec mon chagrin et je n'ai plus de compte à rendre à personne sur mes réactions. Et puis quand je quitte le cimetière, je redeviens comme les autres, comme mes copains et je ne veux plus penser à mon chagrin. »

Ces différentes descriptions permettent de comprendre que le trauma atteint inévitablement la représentation qu'a l'enfant du

monde extérieur et bouleverse les relations qu'il avait préétablies avec son entourage.

Qu'il soit victime directe ou témoin passif de ces événements, l'enfant est confronté à une situation qui ne fait pas sens, qu'il lui est impossible de se représenter. Cela vient détruire ses croyances fondamentales notamment la croyance en un mode bienveillant et en la toute-puissance des parents. Cet effondrement des croyances et l'atteinte du sentiment de sécurité et de protection qu'il entraîne peuvent conduire à une déconstruction de la personnalité de l'enfant et un phénomène d'errance psychique. De façon générale l'enfant a perdu confiance dans les adultes, figures de la violence ou de l'impuissance, qui ont tué ou n'ont pas su le protéger. Or pour survivre psychiquement, l'enfant doit reprendre sa place dans la société sous la protection des adultes.

TRAUMA DANS LA FILIATION

Le traumatisme n'est pas simplement l'acte lui-même, mais dépend également de la réalité du lien émotionnel avant les faits entre l'enfant et son entourage. On ne peut parler des conséquences sans envisager le contexte dans lequel l'événement traumatique survient, c'est-à-dire la situation de l'enfant dans sa famille et secondairement l'impact qu'auront après l'événement, les réactions de l'entourage, les décisions sociales, médicales, judiciaires qui interviendront. Le trauma dans la filiation entre ainsi en résonance du trauma des scènes traumatiques.

Dans toutes les cultures la filiation nécessite une reconnaissance de l'enfant et interroge la parentalité. « La parentalité peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des enfants de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique » (Lamour et Barroco, 1998). Ce processus maturatif est violemment mis à mal

par l'événement traumatique et conduit à une atteinte des liens symboliques de la filiation.

Pour les enfants exposés à des événements traumatiques non intentionnels, la filiation peut ainsi être attaquée par le bouleversement en la croyance de parents tout-puissants, totalement protecteurs. La catastrophe individuelle ou collective a violemment mis à mal la fonction parentale et l'enfant a été confronté à l'impuissance de ses parents à pouvoir empêcher l'événement. Cette atteinte dans le lien de confiance que l'enfant ou l'adolescent avait instauré avec ses proches peut durablement l'insécuriser.

.....
Jonas a 13 ans lorsqu'il perd sa petite sœur lors du tsunami de décembre 2005 en Thaïlande. Pour lui « [s]es parents n'ont rien pu faire, ils n'ont pas pu empêcher, alors qu'ils nous disaient toujours que rien ne pouvait nous arriver avec eux ». Depuis son retour en France, il se terre dans un total mutisme dès qu'il est en présence de ses parents et refuse tout contact corporel avec eux. « Pour moi ils ne sont plus dignes d'être mes parents ; ils sont morts là-bas et je n'ai plus envie de les avoir comme parents. » À la problématique adolescente liée au processus d'individuation viennent se greffer les réactions du deuil traumatique de sa sœur. La tentative d'expulsion de ses parents de son champ de pensée échoue et la violence qu'il ne parvient pas à mettre en mots se traduit par des gestes retournés contre lui-même (se tape la tête dans le mur, cogne avec ses poings les placards de sa chambre) ou contre ses parents (meubles jetés, mère bousculée, porte claquée ostensiblement devant eux, etc.).

Le trauma dans la filiation agit également par le bouleversement des places au sein d'une fratrie lorsque l'un des enfants décède. Toutes les places se trouvent irrémédiablement modifiées et la place de celui qui est mort peut être douloureusement vécue ou particulièrement investie comme l'expriment ces deux enfants.

.....
Renaud avait 14 ans lorsque son grand frère de 16 ans est décédé dans un accident de mobylette devant le domicile parental. Adulte, il témoigne : « Pendant deux ans j'ai grandi en me disant que de toute façon je mourrai comme lui à 16 ans. C'est comme si je n'avais pas le droit de vivre après, parce que lui, il était mort. Comme si pour tous les enfants, la vie elle devait s'arrêter à 16 ans... Je sais qu'à cette époque j'ai multiplié les conduites à risque, je ne prenais aucune précaution, j'étais à la fois invincible et totalement vulnérable. Je n'avais pas peur de la mort car je savais que j'allais mourir quoi que je fasse. L'année de mes seize ans a été un cauchemar de chaque instant. Chaque jour je me demandais quand j'allais partir ; le pire a été la

date anniversaire de mon frère et celle de son accident. Je ne respirais plus, j'avais l'impression d'être un intrus, de lui voler sa place en étant parvenu à vivre plus que lui. Il m'a fallu des années pour accepter que j'avais aussi le droit de vivre. »

Pour Simon, 30 ans aujourd'hui, cette douloureuse perte de son frère aîné dans un accident de voiture alors qu'il avait cinq ans, a été vécu différemment : « J'avais cette chance de vivre et j'ai savouré chaque instant. Je lui parlais, je lui expliquais ce que je faisais pour partager tous ces moments-là. Souvent je me demande quel adulte il aurait été. [...] À aucun moment je n'ai eu cette impression de lui prendre sa place, c'était forcément autre chose, différent [...] et en vivant j'ai continué de le faire vivre, car je pense toujours à lui et il est toujours dans mon cœur, dans ma vie, mon grand frère. »

L'enfant peut expérimenter suite à un événement traumatique, que ses parents ne sont plus tout à fait ses parents, tellement le décalage est important entre les repères qu'ils lui avaient transmis et leur réaction face au traumatisme.

Le trauma dans la filiation est également intense dans les situations de violences intrafamiliales et spécifiquement d'inceste. L'interdiction de l'inceste fonde la majorité des systèmes de parenté. Le père est à ce niveau garant de la loi à laquelle avec la mère il doit se soumettre. Cette fonction qui touche à la sexualité et au désir inconscient est celle du Père symbolique, garant de l'interdit de l'inceste et promoteur de la loi. Elle suppose une place non seulement dans la vie quotidienne, mais aussi dans le discours du père et de la mère. De même qu'il a reconnu sa paternité sociale, elle devrait reconnaître sa place comme porteur de la loi, limitant ses propres désirs à l'égard de son enfant. C'est du cas que la mère, dans ses propos, fait de cette figure du Père symbolique que va dépendre l'avènement chez le fils ou la fille d'un sujet désirant. Quelle que soit la réalité du père social, ses absences ou ses présences et parallèlement à sa fonction de Père symbolique, l'enfant va élaborer une autre image paternelle : celle du père idéal. Elle revêt l'homme faillible et limité, mais désirant, du père de la réalité, d'une perfection et d'une puissance ou omniscience quasi absolue. Elle assure à l'enfant un sentiment de protection et de justice. Lorsqu'en grandissant, l'enfant découvre les faiblesses et les limites de son père, la question se trouve déplacée imaginativement au-delà de l'homme quotidien soit vers la croyance maintenue en

une figure idéale, soit vers le deuil de cette croyance. Pour chaque enfant, cette instance du père idéal à quoi va être confrontée la réalité paternelle, est une élaboration imaginaire personnelle qui va s'inscrire en fonction de ce que l'enfant a reçu comme transmission à l'intérieur de sa famille dans un axe vertical conscient et inconscient (filiation) et en fonction de son inscription dans un axe horizontal dans un monde culturel (affiliation).

Dans les situations d'événements traumatiques de nature intentionnelle, le lien qui unit l'enfant à celui qui l'agresse est déterminant car tout le réseau signifiant de filiation est attaqué. Plus que l'acte imposé à l'enfant, c'est la violence de la situation de domination, cette importance de l'emprise qui aggravera les troubles du comportement. Il est ainsi par exemple admis (conférence de consensus, 2003) que, dans les situations de violence sexuelle incestueuse, ce type d'abus a des conséquences d'autant plus dramatiques qu'il provoque chez l'enfant une confusion par rapport aux images parentales : le père n'a plus un rôle de protecteur et de représentant de la loi et la défaillance de la mère qui a laissé faire, témoigne de sa complicité. L'enfant est déporté, expulsé de l'arbre généalogique, interdit de tous liens protecteur à l'autre. Devenu possession de ses parents et non sujet ayant en propre des besoins et des désirs, il est bafoué, méconnu dans sa réalité d'enfant, morcelé au cœur même de son être. De la capacité d'autocritique du père et de celle de la mère à se situer par rapport à cet acte de violence intentionnelle, dépendra la restauration psychique et la reconstruction de l'enfant. Quand celui qui a failli (par actes maltraitants ou par manque de protection face à l'auteur), reconnaît auprès de l'enfant ses fautes, il lui permet de reconstruire un lien humanisant car il le « reconnaît » véritablement. Le suivi des enfants victimes nous permet aujourd'hui de constater que ce n'est pas tant la gravité de l'acte que la réaction des parents qui permettra à l'enfant ou non de redémarrer sa vie. Les parents qui demandent pardon, ceux qui s'excusent et qui regrettent, ceux qui n'obligent pas l'enfant à oublier, ceux qui ne le rendent pas responsable de ce qui s'est passé, ceux qui ne l'accusent pas d'être un menteur, ceux qui

ne font pas « comme s'il ne s'était rien passé », ceux qui permettent à l'enfant d'en parler, sont des parents qui se réinscrivent dans un lien protecteur et bien traitant dont l'événement les avait expulsés. Les autres détruisent davantage l'enfant et rompent, parfois définitivement, tout lien avec leur enfant.

Le trauma dans la filiation peut blesser durablement l'enfant et hypothéquer son devenir parent : certains parviennent à s'inscrire dans des liens protecteurs et sécurisant avec leur enfant, mais pour d'autres, ce trauma dans la filiation a fait des traces durables qui se réactivent sans cesse. Ils s'occupent de leur enfant avec une anxiété constante face à la possibilité qu'il ne subisse des faits similaires ; d'autres projettent sur lui leur souffrance et ne permettent pas l'instauration de liens protecteurs. Enfin, certains s'interdisent de devenir parents par crainte de répéter ou de ne pouvoir empêcher des souffrances à leur enfant. Les traces traumatiques dans la filiation s'inscrivent ainsi dans l'histoire de chacun, mais également dans l'histoire transgénérationnelle d'où la nécessité d'apporter à ces enfants meurtris, une attention toute spécifique.

TRAUMA DU CORPS DÉPOSSÉDÉ

L'événement traumatique entraîne une perturbation de ce que Dolto appelait « l'image inconsciente du corps », c'est-à-dire l'ensemble des marques, des traces interprétatives qui ouvrent l'être de l'enfant à son corps de parole. L'image inconsciente du corps s'élabore et se réélabore en permanence au cours de l'histoire de l'individu, à travers son vécu relationnel et ses expériences sensibles et émotionnelles. Dolto distingue trois aspects d'une même image du corps :

- « l'image de base celle qui permet à l'enfant de se ressentir dans une même continuité d'être ». Elle s'élabore à travers le développement de l'enfant dans le conflit des pulsions de vie et des pulsions de mort et participe aux fondations du narcissisme ;

- « l'image fonctionnelle » animée par les tensions des zones corporelles érogènes quand le besoin devient désir. Les capacités de cette image à se déplacer d'un orifice à l'autre permettent à l'enfant, dans l'enrichissement des inter-relations, de sublimer ses pulsions en désirs culturels ;
- « l'image érogène » correspond au corps tendu par la quête d'un plaisir focalisé (orifices corporels). Ces trois modalités de l'image inconsciente du corps sont structurellement associées de façon interactive, dans une « image dynamique ». Si l'une d'elles est affectée, c'est toute l'image du corps qui est bouleversée.

Dans le rapport à l'autre, le corps est ce qui est donné à voir, c'est-à-dire que le sujet va l'investir, l'utiliser, le laisser s'exprimer en fonction de ce qu'il ressent. Cette mise en acte se fait aussi en fonction de ce que le sujet ressent dans la relation avec l'autre en particulier ce qu'il peut en lire dans ce qu'il imagine du regard de l'autre. L'image du corps se constitue ainsi en fonction d'étapes successives et multiples expériences entre ce que le sujet ressent de son corps, c'est-à-dire l'estime qu'il a de lui-même, et ce qu'il attribue au regard de l'autre. Il se constitue ainsi des « ressentis » (perceptions physiques) et des « éprouvés » (perceptions émotionnelles). Le corps est en fait la mémoire du sujet, c'est-à-dire le lieu où sont enregistrés tous les événements marquants de son histoire, tout ce qui fait trace ; que cette empreinte soit reliée à des affects agréables ou déplaisants.

L'enfant n'est pas au même niveau d'investissement de son corps que l'adulte. Traumatisé, malade ou accidenté, il ne peut donner sens à ce qu'il éprouve et ne parvient plus à articuler ses éprouvés à l'image habituelle de son corps qui lui apparaît comme étranger :

- « Mon corps il ne fonctionne plus comme avant. »
- « J'ai jamais senti ça, je ne comprends plus mon corps. »
- « Qu'est-ce qui m'arrive, j'ai l'impression qu'on m'a changé mon corps. »
- « Dis, quand je sortirais de l'hôpital, je retrouverais mon corps d'avant ? »
- « Lui et moi, ça fait deux. Je vis avec un corps-mort. »
- « Ça fait bizarre car j'ai l'impression de ne plus être comme avant. »

Ses inquiétudes peuvent être multiples : « est-ce que je vais souffrir encore ? » ; « est-ce que mes parents m'aiment encore alors que j'ai tellement changé ? » L'enfant traumatisé se trouve ainsi atteint dans son corps de façon plus ou moins visible, plus ou moins douloureuse, plus ou moins rapide, plus ou moins longue. Il peut devenir méconnaissable du fait des transformations de son corps par l'événement (amputation, cicatrices) ou les traitements (alopécie, prise de poids rapide). Il peut alors se sentir dépossédé de son propre corps avec une impression durable que son corps est devenu un objet manipulé, dirigé par les soignants et/ou par les parents.

L'événement traumatique représente une agression de l'image inconsciente du corps qui ne permet plus à l'enfant « de se ressentir dans une mêmeté d'être ». Son corps lui apparaît totalement différent. L'enfant, confronté à un vécu émotionnel débordant ses capacités d'élaboration et donc de représentations psychiques, ne peut plus intégrer à son image fonctionnelle du corps, les blessures de son corps traumatisé. L'événement traumatique le dépossède de son corps et fait obstacle à l'élaboration de cette image inconsciente du corps si essentielle pour établir des représentations du monde extérieur. La pulsion de vie est écartée au profit de la pulsion de mort et l'enfant peut apparaître comme figé, sidéré, pétrifié, impuissant face à ce corps qu'il ne reconnaît plus. Le corps peut être vécu comme « sale », « abîmé », « cassé », « anormal », « honteux », « mauvais », « mort », autant de qualificatifs qui témoignent de la souffrance et de l'angoisse liées à cette nouvelle image du corps. Ce vécu traumatique peut s'accompagner de troubles symptomatiques très variées pouvant durablement interférer dans la construction identitaire de l'enfant. Et il est fréquent que les reviviscences y soient associées.

.....
Marion, quinze ans, a survécu à un Lyell. Cette pathologie rare est une nécrolyse épidermique toxique très grave liée le plus souvent à une allergie à un médicament qui conduit à une brûlure interne et externe de toutes les muqueuses. Elle conduit dans près de 30 % des cas à une mortalité et pour les survivants les séquelles peuvent être innombrables et très handicapantes (cécité, troubles respiratoires, gynécologiques, problèmes dermatologiques...). Après six mois d'hospitalisation en service spécialisé, Marion a donc survécu sans séquelle somatiques apparentes. Elle

nous explique « pour les médecins, ils sont très contents à chaque fois que je les vois pour le bilan car je n'ai pas tous les troubles qu'ont les autres patients. Alors quand je dis que j'ai des cauchemars, que la nuit je me réveille avec l'odeur des produits qu'on utilisait, que je ne peux plus supporter l'image de mon corps même s'il n'a pas changé car il me rappelle en permanence l'hospitalisation et le fait que j'ai failli mourir, il n'y a personne pour m'entendre. Ils me disent que je devrais avoir honte de me plaindre car je suis une miraculée... il y a même un médecin qui m'a montré les photos atroces de survivants totalement défigurés soi-disant pour me permettre de prendre conscience de ma chance... des fois je me dis que si j'étais aveugle, on ferait plus attention à moi. En fait je ne supporte plus mon corps qui me rappelle tout le temps cette horreur de Lyell, mais ça personne ne veut le comprendre... »

Les manifestations psychosomatiques sont fréquemment constatées chez les enfants victimes d'événements traumatiques alors que leur description n'est pas reprise dans la définition du PTSD.

Des sensations nouvelles ont été éveillées et non intégrées et l'enfant exprime alors l'angoisse que quelque chose ne soit cassé à l'intérieur de son corps. On retrouve fréquemment des malaises diffus, des bronchites asthmatiformes, des crises d'étouffement, des sensations de modifications du corps, des douleurs dans les os, des troubles digestifs fonctionnels, des pelades, des douleurs abdominales aiguës, des aménorrhées ou des explosions pubertaires, des dermatoses induites par des lésions de grattage qui vont jusqu'au sang, ces dernières étant une manière de se réapproprier le corps par l'excitation, le plaisir et la souffrance.

Marie-Rose Moro dans son travail auprès des enfants victimes du tremblement de terre arménien rapporte la fréquence des troubles dermatologiques (en particulier l'eczéma), les troubles somatiques fonctionnels tels que les douleurs abdominales migraineuses, les bégaiements et des troubles obsessionnels compulsifs.

Chez les enfants victimes d'abus sexuels, le corps est représenté comme souillé. Ils verbalisent une angoisse de perte de l'intégrité corporelle ou bien une angoisse que quelque chose ne se soit cassée à l'intérieur de leur corps. La crainte d'être enceinte chez les filles quels que soient la nature des abus subis et l'âge de la victime se retrouve fréquemment et depuis les campagnes d'information sur le Sida, chez certains enfants victimes d'abus sexuels, la crainte du

Sida peut envahir toute capacité de penser : « je vais crever » explique Sylvie, 16 ans, violée par l'ami de son petit copain, « je suis sûre qu'il a le Sida, je le sens déjà en moi ; je n'ai rien d'autre à faire qu'attendre, ça ne sert à rien de me faire faire le test, je refuse, je sais bien qu'il me l'a passé (et puis même si votre test était négatif, de toute façon, ça ne prouve rien, aucun test n'est sûr et il faudra que je vérifie encore et toujours ».

Le corps peut être un support à la souffrance. Les symptômes corporels peuvent s'exprimer de multiples façons : maux de ventre, de tête, douleurs dans les articulations, troubles dermatologiques, alopecie (chute brutale et perte des cheveux), etc. Il est toujours essentiel de s'assurer qu'il n'y a aucune cause organique avant d'affirmer qu'il s'agit de troubles psychosomatiques. Les plaintes somatiques se manifestent dans différents contextes :

- l'enfant peut être dans l'impossibilité d'exprimer par des mots sa douleur et c'est son corps qui sert de médiateur pour témoigner de sa peine ;
- l'enfant peut craindre de rajouter de la peine à ses proches s'il manifeste directement son chagrin et ses plaintes s'expriment par le biais des souffrances de son corps ;
- l'enfant peut consciemment ou non chercher à se rassurer sur l'attention de ses proches à son égard, ses douleurs lui permettent d'attirer leur vigilance, de les garder à ses côtés et de se rassurer sur le fait qu'ils prennent soin de lui ;
- l'enfant peut inconsciemment se punir dans un contexte d'expiation douloureuse : s'il croit qu'il a une responsabilité dans la mort de son proche, les douleurs somatiques deviennent symboliquement une façon de « payer » cette faute ;
- le contexte familial interdit de façon plus ou moins claire, à l'enfant toute manifestation habituelle du chagrin : il ne doit pas pleurer, pas se plaindre et les douleurs somatiques sont les seules qu'il puisse s'autoriser.

.....
Paul, orphelin suite au tsunami, présente depuis plus de cinq ans d'intenses douleurs abdominales. Ces troubles psychosomatiques sont apparus dans les semaines de son retour en France et étaient devenus tellement insupportables qu'il a été conduit plusieurs fois à l'hôpital par ses grands-parents. Au cours de sa prise en charge il nous expliquera être resté plusieurs heures dans la vague au milieu des décombres et des cadavres : « j'ai bu la tasse, j'ai failli me noyer... j'ai bu la mort ». Dans cette expression nous émettons auprès de lui la confrontation à sa propre mort lors de ces heures interminables passées dans la vague. Mais Paul nous explique aussi que son expression « boire la mort » est liée à l'odeur des corps et au fait qu'il a bu de l'eau dans laquelle se trouvaient ces corps, comme si la mort, s'était immiscée en lui par l'eau ingérée. « J'ai des fois envie de vomir, de sortir de moi cette odeur et ces cadavres. » Les spasmes abdominaux, les douleurs insupportables viennent matérialiser cette insupportable expérience de confrontation à la mort.

Les syndromes post-traumatiques se manifestent par un ensemble de symptômes qui s'inscrivent selon trois axes principaux :

- le syndrome de répétition : l'événement est revécu de façon répétitive avec la même détresse qu'au moment où il a eu lieu. L'enfant revit la scène avec la même intensité, la même violence, la même terreur, la même impuissance que lors de l'événement même plusieurs années après. L'enfant ne peut pas l'anticiper et se trouve submergé par les reviviscences sensorielles qui l'accompagnent (odeurs, bruits, images). Ces réactivations peuvent se produire la nuit (cauchemars, terreurs nocturnes, insomnies) ou le jour à l'occasion d'un bruit, d'une odeur, d'une image ou de tout autre chose qui rappelle l'événement ;
- le syndrome d'évitement : de façon plus ou moins consciente, l'enfant développe des stratégies pour se protéger des répétitions (il peut éviter des lieux susceptibles de rappeler l'événement ; adopter une attitude de retrait face aux personnes extérieures susceptibles de lui parler ; développer une personnalité fonctionnant sur le mode du clivage pour maintenir à distance tout lien avec l'événement) ;
- l'hypervigilance et l'hyperactivité neurovégétative visent aussi à anticiper sur d'éventuelles répétitions. L'enfant est en alerte constante et en surveillance anxieuse du monde extérieur. Cela

peut conduire à des troubles du sommeil, une irritabilité inhabituelle, une hyperémotivité.

Pour les proches comme pour les professionnels, la difficulté est de repérer ces troubles et de comprendre qu'ils puissent se manifester après un certain temps de latence, plusieurs jours, voire plusieurs mois ou plusieurs années après les faits. Ces troubles et leur richesse clinique restent méconnus, banalisés et ce d'autant plus, que les enfants sont très jeunes (Baubet, Moro *et al.*, 2003).

L'événement traumatique peut être à l'origine d'une dislocation de la personnalité pouvant favoriser l'apparition de troubles dissociatifs. Ce terme est employé par les auteurs américains pour décrire les états de dépersonnalisation, de déréalisation et les troubles de l'identité en référence à la nosographie du DSM-IV.

Les troubles dissociatifs sont retrouvés dans une proportion significativement plus élevée chez les victimes d'événements traumatiques intentionnels tels que les agressions sexuelles. Ils sont, selon les auteurs, utilisés comme un compromis psychique qui s'articule autour d'un clivage entre bonnes et mauvaises parties de leur personnalité ; ultime moyen de défense contre les excitations extérieures rappelant l'abus sexuel.

Les troubles du sommeil comme l'hypersomnie, les terreurs nocturnes et les insomnies sont fréquents et participent aux symptômes psychotraumatiques. L'endormissement nécessite chez tout individu une capacité à lâcher prise pour ne plus être en état d'éveil. Chez les enfants exposés à des événements traumatiques, l'état d'hypervigilance peut conduire à d'importantes difficultés d'endormissement, l'enfant étant toujours dans la terreur que l'événement ne se reproduise. Ces troubles sont repérés assez facilement par les proches, qui décrivent également un état

d'agitation, des pleurs et un niveau d'anxiété important chez l'enfant. L'hypersomnie est un trouble plus banalisé alors qu'elle témoigne d'une tentative d'une mise à distance de l'événement. Pour exemple ces petits Haïtiens arrivés précipitamment en France pour être adoptés, après le tremblement de terre d'Haïti en janvier 2011. Évacués en urgence, dans des conditions matérielles précaires et sans que les rituels de séparation avec la famille biologique n'aient été respectés, la majorité des 400 petits Haïtiens pris en charge en France, sont arrivés dans un état léthargique. Certains ont « dormi » pendant les douze heures de transport et continuaient d'être en apparence, assoupis, lors de leur prise en charge médicale à l'aéroport. Il était impossible de les réveiller malgré de multiples stimulations. Cet état d'hypersomnie était un symptôme post-traumatique réactionnel à tous les événements vécus depuis plusieurs jours. Mais il a été compris par de nombreux parents et certains professionnels comme « de la fatigue, une grosse fatigue »

Dans les contextes de violences conjugales, les bébés « gros dormeurs » sont couramment repérés. Comme Marie, qui les onze premiers mois de sa vie, subit le contexte de violences conjugales dans lequel se trouve sa mère. Cette petite fille dort en permanence et ne s'éveille que pour les repas. Son état est tel, que la mère s'inquiète et consulte un neurologue pour s'assurer qu'il n'y a aucun problème physiologique. Mais Marie dort toujours et ne répond à aucune stimulation. Ce n'est qu'après la fuite de sa mère, que cette petite fille va subitement se réveiller et progressivement récupérer son retard développemental.

Les rêves traumatiques répétitifs sont également souvent évoqués par l'enfant, mais rarement spontanément. Ils peuvent être tellement effrayants que l'enfant n'ose pas en parler par crainte de ne pas être cru, compris, ou réconforté à la hauteur de sa terreur. Il peut aussi ne pas en parler par peur d'être à nouveau submergé par ce qu'il a ressenti au moment du cauchemar. Les thématiques de représailles, de poursuite, d'anéantissement ou de morcellement sont souvent présentes.

.....
Anaïs qui a survécu à une grave maladie ne présente plus de séquelles physiques, mais reste douloureusement marquée psychiquement par cette expérience. La nuit, elle fait des cauchemars « avec un bébé décapité. Il est tout seul et il n'y a plus personne et ce que je vois c'est sa tête coupée du corps avec du sang partout. » Ses cauchemars sont si effrayants qu'elle n'a jamais osé en parler à ses parents, « ils auraient trop peur ».

Ces troubles s'expriment avec une remarquable fixité et peuvent persister pendant des années. Ils traduisent l'impuissance, la contrainte subie et l'angoisse de perdre la vigilance et de se retrouver à nouveau dans un total état d'impuissance et sans défense. Les manifestations sont multiples ; hypersomnie réactionnelle, réveils fréquents, somnambulisme, cauchemars, réveils nocturnes avec angoisse, peur de s'endormir, refus d'aller se coucher et réapparition des rites de vérification du coucher, comme Denis neuf ans qui chaque soir, allume et éteint à 20 reprises sa lampe, pour se réassurer qu'il n'y aura pas de nouvelle explosion dans la nuit.

Dans les cas d'enfants agressés sexuellement, il est fréquent de constater la mise en place d'objets autour du lit, susceptibles de faire du bruit à l'approche de quelqu'un ; certains enfants dorment également tout habillés. La plupart des enfants abusés le sont dans un lit, c'est-à-dire le lieu même où ils doivent s'endormir et pour tenter de contrôler l'agression, ils multiplient les rituels. Pour exemple Benjamin, 8 ans, en classe de neige, qui instaure à chaque coucher un rituel qui l'amène à mettre autour de son lit tout ce qui est à sa portée : chaise, tabouret, table etc. Grondé par son enseignante, il se met à hurler à tel point que celle-ci décide de laisser cette « muraille de meubles ». Alertée par une remarque « comme ça s'il vient, ça fera du bruit et il partira », l'enseignante signale le comportement de Benjamin. Le médecin scolaire ayant contacté le pédiatre de l'enfant, apprend qu'un signalement a déjà été fait et qu'une instruction est en cours à l'encontre du père.

Ces troubles du sommeil, qu'ils soient réactionnels à un événement traumatique intentionnel ou non, se reproduisent surtout quand survient une situation réactivant un contexte d'insécurité. Ils peuvent durablement s'inscrire dans le quotidien des enfants impliqués comme l'explique Anouchka seule survivante d'une avalanche ayant tué toute sa famille lorsqu'elle avait douze ans.

.....

« Ça fait 20 ans maintenant ; au début je faisais des cauchemars toutes les nuits et ils étaient tellement effrayants que je luttais pour ne plus dormir. Je me noyais dans la neige et j'étais seule avec des corps et des momies partout autour de moi. J'essayais de crier, d'appeler à l'aide, mais plus je criais, plus je me noyais, c'était épouvantable. En grandissant ce cauchemar n'a pas disparu, mais il revenait à des moments difficiles et stressants : la veille du bac, quand j'ai passé mon cours pour être enseignante, quand j'ai appris que j'étais enceinte et plusieurs fois pendant ma grossesse. Maintenant il me fait moins peur. Quand dans la nuit je sens qu'il arrive, j'ai trouvé des trucs pour ne plus me noyer. Je fais de l'apnée et je sors par la galerie que j'ai creusée dans le cauchemar d'avant. On est devenus comme des alliés. Ça fait bizarre de dire ça et vous allez me prendre pour une femme dérangée, mais en fait ce que je veux dire c'est que j'ai compris le signe de ce cauchemar : il revient quand dans ma vie il y a des choses que je vis et qui sont difficiles. C'est comme pour me dire « attention, prends soin de toi », c'est comme un signal d'alerte que mon corps m'envoie ; c'est pour ça que je n'ai plus aussi peur.

Les troubles du sommeil témoignent également des reviviscences en particulier lorsque l'événement s'est produit la nuit. Julie continue de se réveiller en pleine nuit à l'heure où les cris de sa mère agressée par son père l'ont réveillée ; pour Thomas c'est aussi ce qu'il appelle « l'heure des gendarmes » qui le hante chaque jour à 7 heures, heure à laquelle ils sont venus sonner chez ses grands-parents pour annoncer le décès de ses parents. L'heure du trauma peut, la journée par les reviviscences qu'elle impose, bouleverser l'attention des enfants, mais la nuit, elle agit également sans que les enfants osent toujours en parler.

.....

Pour Thibault les nuits sont « infestées de chevaux écrasés. On voit leur cervelle et il y a des chevaux qui mangent la cervelle des autres. Je sais bien d'où ça vient. Mon grand frère [décédé dans un accident de moto où sa tête a été gravement touchée] adorait les chevaux, c'était sa passion. Je comprends ce que je rêve, c'est que les chevaux sont morts comme lui, c'est les chevaux que je vois, pas lui, mais c'est comme si c'était lui... et ça, je ne peux pas le dire à mes parents, ils ne le croiraient pas ou de toute façon ils ne pourraient pas comprendre. »

L'alimentation est un lien essentiel dans l'établissement des relations entre êtres humains : être nourri, nourrir l'autre, sont autant d'échanges qui participent à l'instauration d'un lien en particulier

entre l'enfant et ses proches. C'est un domaine sensible, facilement touché dès lors qu'un événement de vie vient troubler le quotidien de l'enfant. En contexte traumatique les troubles réactionnels de la conduite alimentaire sont fréquemment relevés. Le contexte fait qu'il peut rapidement manquer de la nourriture, que ses habitudes alimentaires se trouvent bouleversées et que les adultes ne sont plus disponibles pour partager sereinement ce temps d'échange qu'est le repas, voire qu'ils « oublient » de le nourrir. Les bébés et les plus jeunes enfants y sont tout particulièrement sensibles et peuvent réagir par un refus alimentaire, des troubles type mérycisme, des conduites d'avidité, comme s'ils n'étaient jamais rassasiés. Pour les plus grands les bouleversements dans le quotidien conduit à des périodes où les repas deviennent rapidement anarchiques.

.....
« À la mort de papa, pendant plusieurs jours on mangeait ce qu'on voulait. Des fois c'était que des bonbons de toute la journée, maman elle savait plus quoi faire » nous explique Benjamin quatre ans. « On n'avait plus d'heures pour les repas, nous décrit Razem seize ans, réfugié en France suite au conflit libanais. Des fois on mangeait, des fois on n'avait même pas le temps de penser au repas. Et puis quand on y pensait on n'avait pas toujours faim à cause de la peur ou parce qu'on était trop triste. »

Dans les cas de maltraitance, l'atteinte de la sphère alimentaire est aussi importante. Les enfants tentent de s'effacer de leur corps, de disparaître, de se construire un corps repoussant. Ces corps meurtris peuvent être gavés ou privés de toute nourriture : anorexie ou/et boulimie témoigne alors du vécu agressif et mortifère consécutif à ces violences subies. Oppenheimer en 1985 a enquêté sur une population de 78 patients présentant des troubles des conduites alimentaires. Parmi cette population, 66 % rapportent une histoire d'abus sexuel (dont 80 % durant l'enfance). Le lien entre ces troubles et des abus sexuels durant l'enfance a été constaté par de nombreux auteurs : Cole et Putman (1992), Rouyer et Girodet (1993), Rorty (1994). En 2001 Hélène Marie-Grimaldi dans sa recherche sur les troubles psychopathologiques chez les mineurs victimes d'abus sexuels et placés à l'ASE confirme que « les

comportements boulimiques apparaissent plus volontiers dans le groupe de ceux ayant connu des abus sexuels. » La boulimie permet à la victime de « se régénérer, de se protéger d'une disparition de sa chair, attaquée de l'intérieur par le sexe de l'agresseur ».

Ces manifestations régressives peuvent apparaître avec le retour à des jeux sales, des problèmes d'énurésie et d'encopésie secondaires. Ces conduites régressives peuvent être comprises comme des tentatives de restauration psychique à un stade antérieur où l'événement n'avait pas eu lieu. Elles sont aussi un moyen direct de s'assurer de l'attention des proches. Elles peuvent également être comprises comme un moyen de reprendre le contrôle sur un événement qui a imposé à leur corps des choses insupportables. Ces troubles touchent en effet des fonctions distinctes des fonctions sexuelles, mais s'étayent sur des zones bien spécifiques interrogeant sur le dedans, le dehors, ce qui est fermé, ce qui est ouvert, ce qui est conservable, ce qui doit être évacué. Cette dynamique expulsion-agression peut symboliser l'agression subie et représenter l'unique moyen de se réapproprier son propre corps en le purgeant de ce trop-plein d'excitations non intégrées.

.....
Adrien a cinq ans et est accueilli en famille d'accueil depuis quelques semaines suite à un placement dans un contexte de suspicion d'inceste suite à un signalement de l'hôpital qui a constaté lors d'un examen aux urgences où Adrien était emmené par ses parents pour des « problèmes gastriques » que son anus était totalement déchiré. L'enquête en cours vise à mieux comprendre la place de chacun des parents car Adrien n'est pas très clair dans les explications données aux enquêteurs. Dès les premiers jours de sa prise en charge il couvre les murs de ses excréments, s'enduit de ses selles, comportement qu'il n'a que dans la famille d'accueil et pas du tout à l'école. La prise en charge permet de comprendre qu'en se recouvrant ainsi d'excréments, Adrien se rend sale et surtout « intouchable » car repoussant. Être en famille d'accueil est pour lui source de reviviscences trop importantes par rapport à ce qu'il a vécu dans sa propre famille et source d'insécurité. Sa seule façon de se protéger est d'adopter ce comportement des plus répulsifs et... très efficace. Placé en urgence en foyers, avec tout un travail thérapeutique pour l'amener à mettre du sens sur ses actes, Adrien va cesser de se couvrir de ses selles et comprendre qu'il n'a pas besoin de cela pour être protégé.

Enfin ces troubles peuvent également attester de l'impact des reviviscences dans le quotidien de l'enfant, en particulier les traces sensorielles telles que les odeurs.

Les enfants peuvent présenter des frénésies de lavage : le corps devient trop lavé, trop frotté. Ses excès de lavage souvent relevés dans les cas d'enfants abusés peuvent être compris comme une tentative d'effacer la sensation de souillure laissée par l'abus. Pour l'illustrer nous citerons Alexandrine qui, à l'occasion d'une classe de neige, a choqué les personnels car elle se lavait avec une éponge spontex sur tout le corps, jusqu'au sang et en murmurant sans cesse « faut que ça parte, faut que ça parte ».

Ces conduites existent également chez des enfants exposés à des événements traumatiques accidentels et ils justifient leur geste pour se débarrasser des odeurs.

.....
« Il y a des fois où tout d'un coup j'ai l'odeur de mort qui revient, nous explique Salvator. À Phuket ça sentait la mort partout et c'est resté dans ma peau et des fois l'odeur revient et il faut que je me lave très vite. » Pour Lucas, c'est l'odeur des cendres qui revient violemment lui rappeler le décès de ses parents. La stratégie qu'il a trouvée pour ne pas être alors submergé par l'angoisse est de changer de vêtements et de se mettre le lait de toilette qu'utilisait sa mère.

TRAUMA DANS LA SEXUALITÉ

Dans les situations où l'enfant est victime d'abus sexuels, qu'il soit lui-même agressé ou qu'il assiste à l'agression d'un proche, cette effraction affecte l'évolution de la vie affective et sexuelle. La mémoire est perturbée, le passé est comme minéralisé et resurgit inopinément sous forme d'images précises obsédantes, sans avoir la souplesse habituelle des souvenirs. La nature de l'acte imposé à l'enfant est variable. Elle fonde la gravité pénale des faits, mais pas la gravité psychique : il peut s'agir d'attouchements, de masturbation réciproque, de voyeurisme, d'exhibitionnisme, de pénétration orale, anale ou génitale ; ces actes sont souvent associés ou surviennent dans une progression. Les atteintes physiques peuvent aller de

simples contusions, écorchures à des inflammations, saignements, brûlures jusqu'à de graves lésions génitales parfois aggravées par d'autres atteintes corporelles : tentatives de strangulation, blessures, infections génito-urinaires et des événements traumatiques sexuellement transmissibles.

La scène sexuelle fait effraction dans un psychisme qui n'est pas désirant : l'enfant n'est pas au même niveau d'investissement libidinal de son corps que l'adulte. Il est traversé de pulsions sexuelles, mais pas par le désir de relation sexuelle. L'abus sexuel, irruption pulsionnelle de l'adulte, le confronte à une sexualité adultomorphe qui le dépasse et qui paralyse tout processus de subjectivation symbolique corporelle. Sexuellement asservi, l'enfant victime ne peut donner de sens à cette effraction, il se conforme à ce que l'adulte attend de lui et adapte ses conduites aux circonstances que lui impose son agresseur : accommodation, assimilation, introjection, identification anxieuse, etc., l'emprise de l'abuseur détruit toute identité propre chez sa victime.

Les abus sexuels sont des atteintes du corps, des traces invisibles qui nous donnent à voir une sexualité interdite. Les viols sont des actes qui mêlent sexe, violence et sentiment de mort imminente. L'impact traumatique est lié au niveau de maturation affective et sexuelle de l'enfant au moment de l'agression. Le caractère plus ou moins compréhensible de ce qui s'est produit en dépend en partie et c'est cette non-représentativité de l'événement qui est à l'origine du débordement psychique qui fait traumatisme.

L'abus sexuel est aussi un viol de l'identité sexuelle ce qui explique que les garçons victimes imaginent souvent qu'ils ont été pris pour une fille alors que les filles victimes pensent qu'elles n'auraient jamais rien subi si elles avaient été des garçons. Ces enfants tentent de cacher leur identité sexuelle aux potentiels autres agresseurs pour se protéger ; comme ces jeunes filles habillées de façon très masculine, multipliant les couches de vêtement comme autant d'écrans pour se protéger d'éventuelles nouvelles agressions.

L'auteur d'abus sexuels utilise l'enfant comme un produit d'excitation d'une pulsion pour en obtenir des effets d'excitations charnelles pour

son propre plaisir. Il peut même accentuer le morcellement du corps par centration scopique sur un organe ou un orifice. Le plaisir de l'agresseur est au prix du démantèlement en zones pulsionnelles du corps de l'enfant là où se fixe son regard érotisé et prédateur. Cet îlotage des lieux charnels de l'expression pulsionnelle prépare, sans que ni l'un ni l'autre ne le sachent, l'érotisation active de ces morceaux de chairs infantiles.

L'enfant ne peut plus accéder à son corps. Il est victime d'une double dépossession : celle de sa chair objet d'un autre, celle de son corps privé de parole. Le paradoxe ici est que l'abus sexuel évacue le symbolique alors que la sexualité, par la révélation de la particularité, devrait ouvrir normalement à la différence, à l'altérité et à la relation intersubjective.

.....
« C'est comme si j'étais hors mon corps. Ce n'est pas moi. Je me regarde vivre avec dégoût, je suis la spectatrice d'une cohabitation sordide entre l'enfant que j'étais, violée en silence, et la femme que je suis devenue et qui n'assume pas son passé. Je cohabite avec une larve de vie ; je n'arrive pas à muer, à me libérer du souvenir de ces agressions » (Astrid, 17 ans, violée par un ami de ses parents lorsqu'elle était enfant).

Une multiplicité de facteurs liés à la nature et la durée de l'abus, l'âge et la maturité psychosexuelle de l'enfant, l'histoire antérieure et le contexte familial, la réaction des parents et de l'entourage, l'aide qui lui sera ou non apportée, s'intriquent et contribuent à en atténuer ou en majorer les conséquences.

Une distinction est cependant communément admise selon que l'abus se situe avant ou après la période de latence. Il semble que plus l'abus a lieu tôt dans la vie, plus la destructivité psychique est forte avec d'importantes conséquences particulièrement au niveau de l'identité : l'enfant s'il est agressé très jeune, n'a pas la capacité de trouver les mots exacts pour exprimer ce qui a atteint son corps. Les séquelles que présente l'enfant prépubère entravent son évolution psychoaffective et sexuelle, portent atteinte aux identifications qu'il a pu construire et ne permettent pas que l'adolescence soit une période de remise en cause constructive. En

cas de survenue en cours de latence, l'abus compromet l'efficacité de cette période et les conflits œdipiens se trouvent « réactivés » confusément, l'adolescence survient sur un terrain mal préparé et risque de devenir traumatique ou d'être escamotée.

Comme les enfants victimes de coups, les enfants qui subissent des abus sexuels ont une grande capacité à souffrir sans se plaindre, car ils se croient bien souvent responsables du mal qui leur est fait.

.....
« À la maison j'ai toujours eu le sentiment d'être la moins aimée, nous raconte Charlotte 18 ans, violée régulièrement par un voisin à l'âge de 6 ans. Mes parents travaillaient beaucoup ; il fallait filer droit et ne pas se plaindre ; Lorsque nous nous disputions avec mon grand frère nous n'allions jamais pleurer dans les jupes de notre mère. Nous réglions nos affaires entre nous. Mes petits frères ne posaient pas de problèmes. Ils étaient sages et maman les adorait. J'ai longtemps cru qu'elle ne m'aimait pas ; que je représentais pour elle quelque chose d'insupportable. Pourquoi me plaindre ? Si je souffrais c'est que c'était mérité et cela devait l'être, puisque même ma mère ne m'aimait pas. »

La pétrification des émotions plonge l'enfant victime dans une souffrance colmatée dans une extrême solitude et dans une soumission totale à la loi du silence. En dehors de l'effet de la relation d'emprise, il faut voir celui de l'écrasement de la curiosité dû à la promiscuité et à la séduction par l'adulte. Ferenczi l'expliquait dès 1932 :

« Si l'enfant se remet d'une telle agression il en ressent une énorme confusion : à vrai dire, il est déjà clivé, à la fois innocent et coupable et sa confiance dans le témoignage de ses propres sens en est brisée... ce qui importe [...] c'est l'hypothèse que la personnalité encore faiblement développée réagit au brusque déplaisir, non pas par la défense, mais par l'identification anxieuse et l'introjection de celui qui la menace ou l'agresse. »

Loin de projeter sur un objet extérieur la représentation de son angoisse, afin de la tenir à distance, l'enfant victime d'abus sexuels intègre donc l'élément extérieur menaçant car il est incapable de s'en détacher tant il est investi d'une autorité et d'un ascendant sur lui. Ferenczi parle de « parties explosées » de la personne, l'appareil psychique est mutilé par le trauma, coupé « en une partie sensible brutalement détruite et une autre qui sait tout, mais ne sent rien en

quelque sorte ». Ce clivage permet d'éviter de ressentir trop de souffrance en dissociant leur fonctionnement psychique et de nier ensuite les sentiments et les émotions pour continuer à vivre.

Le trauma des scènes sexuelles est lié au fait que les enfants abusés sont placés dans la confusion entre érotisme et tendresse. « Érotisés » par leur agresseur ils peuvent devenir sexuellement agressifs ou provoquant avec leurs pairs comme avec les adultes. Une activité auto-érotique excessive peut se manifester de même qu'un comportement sexuel précoce voire un harcèlement sexuel envers d'autres enfants ou un comportement de séduction envers les adultes

.....
Rihana, 6 ans, violée par son père, se masturbe constamment en classe. Elle utilise des objets, tente de prendre la main de ses camarades et essaye de se frotter contre les jambes des animateurs de cantine. Aucune sanction ne fait effet, elle recommence de façon compulsive.

Kelly, 9 ans, « cherche en permanence à embrasser les garçons sur la bouche et à mettre sa main dans leur slip ». Lors de la projection d'une cassette sur les violences sexuelles elle se met à uriner et reste « immobile, incapable de bouger, refusant de dire quoi que ce soit ». Suite à l'évaluation faite par les services médicaux, un signalement est effectué.

Romuald, petit écolier de grande section de maternelle, tente à chaque moment de toilette de pénétrer les fesses de ses camarades, avec son doigt, des crayons ou n'importe quel objet qu'il trouve. Ces actes ne s'inscrivent pas dans un contexte de découverte de la différence sexuelle car ils sont réalisés dans un contexte de grande agressivité verbale et physique à l'égard de ses camarades. Aucune explication donnée sur la différence sexuelle, aucune punition, ne permet de la contenir. Sa mère convoquée par l'établissement expliquera que le fils de sa nourrice a été surpris en train de le sodomiser. Romuald, par ces agressions répétées sur le corps de ses camarades, tente inconsciemment de maîtriser l'excitation subie et de reprendre le contrôle sur des actes qui l'ont placé dans un total état de soumission.

D'autres enfants peuvent venir se frotter sur le sexe d'un adulte au lieu de venir se blottir dans ses bras pour rechercher de l'affection. Ils recherchent un contact dans la région génitale comme s'ils tentaient de répéter ce qui leur a été imposé. Ces provocations sexuelles outrancières, ces jeux sexuels post-traumatiques sont à entendre comme une quête affective pré-sexuelle qui ne peut s'extérioriser que sur un mode identificatoire à l'abuseur. Marine,

12 ans, profite de la moindre occasion qui se présente à elle pour se frotter contre le Directeur de la SEGPA (*enseignement adapté*). Troublé et rendu très mal à l'aise par ce comportement, il convoque les parents de Marine qui lui raconte son histoire et les viols subis lorsqu'elle avait 5 ans.

Sont également constatés des connaissances de la sexualité adulte et des comportements sexuels inadaptés à leur âge. L'enfant est ainsi capable de décrire très précisément une scène sexuelle sans en comprendre véritablement le sens.

.....
Odile, 7 ans, explique en pleine classe lors d'un cours sur les expressions courantes que son père lui « doigte la chatte » et « lui moure le minou ». Sidérée par ce qu'elle a entendu, l'institutrice lui demande à la récréation ce qu'elle a voulu dire en utilisant ces expressions : « C'est simple maîtresse, il me met le doigt dans mon minou et son gros zizi après. »

Priscilla, 6 ans, rentre chez elle en mangeant des bonbons. Sa mère s'interroge sur la provenance de ces sucreries : « c'est juste Michel (emploi-jeune s'occupant de la garderie), qui me les a donnés parce que je lui avais bien embrassé son zizi et qu'il était content. »

Cyril, 7 ans, intervient lors d'une présentation d'un exposé sur les chiens par un de ses camarades : « moi avec mon père je sais faire la prise du chien, on met le zizi dans les fesses et puis on fait "han, han" [halètements]. »

Cette connaissance précoce des comportements sexuels inappropriés à son âge peut signifier tout autant que l'enfant a subi ou qu'il a été témoin d'une scène sexuelle. Les enfants abusés peuvent utiliser un vocabulaire à connotation sexuelle, voire pornographique sans en comprendre véritablement le sens. Souvent leur langage devient alors grossier, vulgaire et prend une forme adultomorphe par imitation. Pour limiter toute interprétation abusive des comportements sexualisés de l'enfant, il est nécessaire que les professionnels puissent être informés et formés sur ce sujet.

Pour les enfants devenus adultes, les difficultés dans la vie sexuelle peuvent se poursuivre et conduire à des conduites sexuelles à risque ; à des choix de partenaires au comportement pervers ; au refus de toute relation sexuelle ; à des problèmes d'inhibition et de frigidité secondaires.

TRAUMA DE LA REPRÉSENTATION TEMPORELLE

La représentation du temps chez l'enfant n'est pas celle de l'adulte. Le concept de durée est étroitement lié à l'âge de l'enfant et au moment de survenue de l'événement dans son histoire. À l'échelle de vie de l'enfant, un événement traumatique peut en effet introduire une rupture plus ou moins importante dans son cadre de vie, limiter ses réaménagements et apparaître comme plus ou moins simple à négocier. Ainsi un événement traumatique d'une durée d'un mois chez un nouveau-né n'a pas les mêmes incidences sur son développement qu'une même durée à l'adolescence. Lorsque l'événement traumatique perdure (maltraitance, guerre), « l'installation » de l'enfant dans cet événement entraîne des réaménagements psychiques plus durables pouvant conduire à de profonds bouleversements de sa personnalité.

Les capacités mnésiques de l'enfant sont aussi spécifiques et trop souvent, par ignorance des différents niveaux du développement de l'enfant, les adultes ne prennent pas en compte les particularités de la mémoire enfantine. Ainsi il n'est pas rare que le témoignage de l'enfant soit peu pris en compte ou que sa parole dans le cadre d'une audition judiciaire soit mise en doute, car son récit n'a pas la cohérence de celui d'un adulte. La mémoire est un processus de restitution complexe qui utilise de nombreux facteurs (encodage, stockage, rappel des souvenirs) particulièrement sensibles. Il est aujourd'hui reconnu que l'enfant, du fait de son immaturité neuro-cognitive n'a pas les mêmes ressources mnésiques que l'adulte ; mais cela ne signifie pas qu'il n'a pas de mémoire et que le trauma ne fait pas trace.

La mémoire infantile est une mémoire que nous pourrions qualifier « d'émotionnelle » : l'enfant enregistre en effet les événements de sa vie de façon très affective et en référence à des éléments de son environnement qui lui paraissent très importants. Deux formes de mémoire sont opérantes chez l'enfant comme chez l'adulte : la

mémoire dite de scénario et la mémoire dite épisodique. Plus l'enfant est jeune, moins il possède d'outils cognitifs pour réorganiser et restituer d'une manière logique le développement de ce qu'il a vécu, mais il est déjà capable, dès sa première année, de se souvenir de certains événements. En contexte traumatique il est particulièrement sensible aux éléments sensoriels (odeurs, bruits, images) susceptibles de s'inscrire durablement dans sa mémoire. L'enfant développe dans un premier temps la mémoire épisodique et ce n'est qu'à partir de trois ans qu'il organise ses souvenirs, en particulier les événements familiaux et récurrents, en scénarios de référence où les événements particuliers se trouvent enchevêtrés. Il commence à s'organiser autour des événements qui rythment sa journée (repas, activités, bain etc.), puis il acquiert progressivement les concepts tels qu'hier, aujourd'hui, demain et vers cinq ans commence à apprendre l'organisation des jours, de la semaine, des années et des saisons. L'enfant parvient ainsi progressivement à mettre en relation la durée de vie et l'âge.

Dans ce premier temps où sa perception du temps n'est ni linéaire, ni chronologique, mais liée aux événements de la vie quotidienne, il mémorise les événements de sa vie de manière très affective et l'organisation de sa mémoire se fait en recourant à sa réserve de scénarios pour préciser tel ou tel épisode précis selon sa propre conception, ses sentiments et sa logique personnelle. À partir de scènes qui se sont déroulées à des moments différents et de multiples éléments qui n'appartiennent pas aux mêmes circonstances, il crée un ensemble d'événements qui finissent par fusionner dans sa mémoire et qu'il restitue sous la forme d'un scénario unique et isolé, plus ou moins complet. Dans ce récit, tous les détails sont vrais, mais n'appartiennent pas à la même chronologie.

Ce n'est que vers 9-10 ans, que la grande majorité des enfants parvient à maîtriser la perception du temps et le rythme de l'année. À l'adolescence la perception temporelle est moins influencée par l'affectivité ; elle devient abstraite, chronologique, irréversible et similaire à celle des adultes.

Parler de temporalité au sujet des événements traumatiques subis par les enfants, nécessite d'être attentif aux ressources particulières de l'enfant et à ses modalités de fixation des événements, tout autant qu'à la spécificité du temps traumatique. Lorsqu'un événement traumatique surgit, il projette les impliqués, petits et grands, dans un temps « hors temps », un temps suspendu. La rupture temporelle s'exprime à travers ces expressions si souvent entendues : « ce ne sera plus jamais comme avant » ; « il y a la vie d'avant et celle d'après ». Elle se manifeste par la confusion des personnes concernées, qui ne savent plus ni le jour, ni l'heure et mettent un temps certains avant de raccrocher la réalité temporelle.

.....
La mère de Julie prise en charge en service de réanimation chirurgicale suite à un accident de la voie publique nous l'explique : « à partir de l'appel de la police, je n'étais plus dans le même monde, je ne savais plus rien, j'étais incapable de me repérer, j'étais comme une petite chose perdue sans repère, le temps n'existait plus (on m'a dit que j'étais arrivée à 11 heures, mais je ne m'en souviens plus. Ma fille est morte à 18 heures et c'est comme si tout ce temps s'était court-circuité : à la fois interminable et en même temps précipité, j'aurais tant voulu qu'il ne s'arrête jamais... »

Pour les enfants la déstructuration des repères spatio-temporels agit avec la même intensité et peut être majorée par les perturbations ressenties par les adultes, comme en témoigne Nasser, 7 ans, dont le père est retrouvé mort après un arrêt cardiaque : « ça faisait bizarre, je savais plus quand on était, je sais plus quand il fallait manger ou dormir, c'était le mélange total dans ma tête, comme si tout ce qu'on faisait d'habitude était plus là ». Cécile, 16 ans, décrit « cette horloge qui continue de vivre et le temps d'avancer alors que dans [s]a tête, la vie s'est arrêtée ». Pour Octave, 15 ans, « le temps n'est plus jamais le même. À chaque fois qu'il est 15 heures je me souviens de l'arrivée des gendarmes [qui ont fait l'annonce du décès de ses parents alors qu'il était âgé de 6 ans et gardé par ses grands-parents]. J'ai un rapport au temps bizarre : il bloque sur cette heure-là et sur les dates importantes des anniversaires et sinon il file, je voudrais le contrôler, mais je ne peux pas ; rien ne peut l'arrêter. »

Le temps traumatique est aussi le temps de l'expressivité post-traumatique avec des effets non linéaires : il existe ainsi souvent un décalage entre le temps de l'événement traumatique et l'apparition de troubles post-traumatiques ; réalité clinique difficile à comprendre pour de nombreux parents et certains professionnels. Cet écart entre le temps du traumatisme et son élaboration est lié aux

caractéristiques de l'expérience traumatique vécue et aux différentes composantes du processus psychique permettant à la fois un travail d'appropriation subjective et un travail de symbolisation. Autrement dit le temps où « ça se passe », où ça se subit, n'est pas le temps où « ça se signifie » et n'est pas davantage le temps où « ça se lie » et où le récit peut-être élaboré et un lien créé entre ces deux rives de la vie et du trauma. Entre ces temps, une période de latence de quelques semaines, voire de plusieurs mois ou années, est fréquemment rencontrée. Pour l'enfant, nous l'avons rappelé, le temps ressenti, le temps vécu, n'est pas le temps chronologique de l'adulte. En situation d'événement traumatique, ce décalage est renforcé par la spécificité même de l'expressivité traumatique liée au fait que la trace traumatique n'est pas assimilée, « détoxiquée » pour reprendre l'expression de Bion, comme le sont les éléments extérieurs habituellement rencontrés.

Même très ponctuel, l'événement traumatique s'inscrit dans l'histoire de l'enfant et la confrontation à l'effroi traumatique et à cette « inquiétante étrangeté » est une expérience qui fait trace. Elle laisse une cicatrice avec laquelle l'enfant va devoir apprendre à vivre et dont la douleur est susceptible d'être réactivée à chaque nouvel événement bouleversant, en particulier à l'occasion de deuils, de séparations, de maladies graves ou d'autres événements traumatiques. Ces événements peuvent aussi revenir violemment s'activer dans la réalité à l'occasion de moment développemental : l'adolescence ; le temps de transparence psychique (M. Bydlowski) qu'est la grossesse ; le temps de la naissance et le temps où, devenus adultes, leur enfant atteint l'âge qu'ils avaient au moment de l'événement.

Le propre de la blessure traumatique est de laisser une trace à l'état brut, une inscription perceptive et sensorielle, susceptible d'être ravivée à l'occasion d'événements déstructurant psychologiquement. Certains souvenirs peuvent conduire à un « blanc mnésique » avec une impossibilité de se souvenir de ce qui s'est passé ; d'autres peuvent demeurer intacts durablement dans la mémoire de l'enfant comme de l'adulte, comme l'illustrent les nombreux témoignages de

victimes qui, des années après les violences subies, décrivent l'événement comme s'il venait de se produire, avec la même violence de ressentis.

.....
« Je ne sais plus, je n'arrive plus à me souvenir, nous explique Julie, 8 mois après sa fuite du domicile alors que son père s'acharnait sur le corps de sa mère. Au début je me souvenais de tout, j'avais toutes les images dans ma tête et tout d'un coup, plus rien [10 jours après les faits]. Ma mémoire elle est effacée comme l'ardoise magique, hop, plus rien ». Pour Salvator, 18 ans, qui a perdu ses parents et ses frères sur la plage de Phuket suite au tsunami « tout est précisément enregistré : les mots, les cris, les bruits... je pourrais refaire le film précis de tout ce qui s'est passé, au millimètre près, à la seconde près... je me souviens de tout. »

La reviviscence des traces traumatiques témoigne de l'échec des processus de symbolisation qui permettent habituellement de faire transférer les traces sensorielles dans la catégorie des souvenirs. La fonction de la mémoire qui vise à retranscrire des éléments du passé et à les mettre en récit, n'est plus opérante et l'enfant est alors envahi par la réactivation d'un visage, d'un bruit, d'une odeur, d'un détail qui vient le hanter.

.....
Célia, 7 ans, s'est réveillée un matin avec à ses côtés sa grande sœur Alice âgée de 9 ans, qu'elle était venue retrouver comme bien souvent, dans la nuit. « C'était bizarre parce qu'elle me poussait et me tombait dessus, elle était lourde. J'ai voulu lui faire un bisou pour lui dire bonjour, mais elle était froide comme un glaçon et elle ne m'a pas répondu. J'ai cru qu'elle avait froid et qu'elle dormait et je lui ai remis la couverture. Et puis maman elle est venue nous réveiller, elle a allumé et elle s'est mise à pousser un cri, pire qu'un hurlement (elle crie encore dans ma tête). Et là j'ai eu tellement peur. Ce n'était pas Alice, elle avait une tête horrible, les yeux qui sortaient de sa tête et la bouche toute déformée, c'était affreux, affreux, plus qu'affreux. [...] Et après j'avais ce visage qui revenait comme un fantôme dans mes rêves et le matin j'avais froid comme si le fantôme d'Alice il était là et que son visage allait encore me réveiller. »

Une autre atteinte de l'espace temporel est liée aux prises en charge et procédures. En contexte traumatique il est fréquent que les enfants exposés soient pris en charge par de multiples intervenants. Nous le verrons plus tard dans cet ouvrage, cette multiplicité de professionnels n'est pas toujours simple à vivre pour l'enfant et pour

ses proches car elle confronte à d'autres logiques, d'autres exigences, d'autres attentes. Toute la spécificité de la dimension temporelle en contexte traumatique, fait que le temps du corps traumatisé, ce corps souffrant n'est pas le temps judiciaire, ni le temps médical. Et lorsque ceci n'est pas respecté par les professionnels, le risque de survictimisation est majeur pour l'enfant.

TRAUMA DANS LE DÉVELOPPEMENT

Avoir assisté à l'horreur ou avoir subi des violences peut entraîner durablement de profonds changements dans le sens qu'a l'enfant du monde qui l'entoure et hypothéquer son développement. Selon Léonore Terr (1983), les enfants traumatisés auraient plus de difficultés à aborder le concept d'avenir. Ils décriraient moins que les enfants non traumatisés des projets d'avenir ; ne parviendraient pas à parler de ce qu'ils voudraient faire plus tard.

Sous la pression de l'urgence traumatique, l'enfant victime est dans l'incapacité de vivre les fonctions de transition des stades du développement. Ferenczi parle de « progression traumatique ou de prématuration. On pense aux fruits qui deviennent trop vite mûrs et savoureux, quand le bec d'un oiseau les a meurtris ; et à la maturité hâtive d'un fruit véreux. » Les enfants victimes de maltraitance comme les enfants exposés à des catastrophes familiales ou collectives, ont dans leur regard et leur comportement une profondeur, un sérieux, que n'ont pas les enfants préservés des affres de la vie. Ces « petites gueules cassées » fixent, scrutent, surveillent et tentent de capter dans le regard de l'Autre quelque chose qui pourrait les réconforter sur leur humanité. L'innocence, l'insouciance ont déserté ces vies d'enfants meurtris et la rencontre avec la scène traumatique les a définitivement exposés à une scène où la douleur, la souffrance et la terreur sont venues les expulser du monde de l'enfance.

La banalisation des troubles post-traumatiques chez l'enfant conduit à penser qu'il y a peu de perturbations des fonctions cognitives ; croyance entretenue par le fait que de nombreux enfants victimes d'événements traumatiques continuent d'avoir de bons résultats scolaires. La pratique clinique permet de constater souvent une atteinte temporaire des fonctions intellectuelles et créatrices : l'enfant ne joue plus, se replie sur lui-même, devient morose ou perturbateur, ses résultats scolaires peuvent baisser. « Je n'arrive plus à apprendre, ni à me concentrer » nous explique Clara depuis sa sortie d'hôpital. « Ma tête est ailleurs, elle est restée à Phuket » témoigne Salvator. Les symptômes de déficit intentionnel peuvent s'associer à des troubles oppositionnels, une plus grande impulsivité ou une instabilité psychomotrice.

Nous l'avons évoqué précédemment, les reviviscences post-traumatiques participent également à cette atteinte possible des fonctions cognitives. L'enfant vit dans l'angoisse permanente de la réapparition de ces souvenirs traumatiques et se sent toujours potentiellement menacé. Il agit, il pense, il lutte pour ne pas être envahi par ces « mauvaises images », ce qui est particulièrement coûteux psychiquement. Son quotidien est suspendu à ces possibles reviviscences ce qui entraîne un fort sentiment d'insécurité et conduit à un état d'hypervigilance permanent.

Le traumatisme fige l'activité de pensée. L'enfant, surtout dans les événements répétés de nature intentionnelle, est placé dans un contexte d'emprise : ses capacités cognitives sont paralysées par la tourmente intrapsychique qu'il subit, l'agression ressentie occupe tout le champ de sa pensée et il se réfugie dans une sorte de « vide intellectuel » réactionnel qui est à mettre en relation avec l'attitude d'abandon de l'enfant au moment de l'événement. Le désir de ne plus penser était déjà décrit dès 1932 par Ferenczi : « le caractère insupportable d'une situation conduit à un état psychique voisin du sommeil, où tout ce qui est possible peut être transformé sur un

mode onirique, subir une déformation hallucinatoire positive ou négative » (Ferenczi, 1932).

.....
Jeanne, élève de CM2 agressée par son oncle, était en tête de classe jusqu'à ce que ses résultats chutent brutalement. « Elle n'imprime plus » n'arrête pas de répéter son enseignant : « j'ai l'impression qu'elle a perdu le contrôle, elle ne sait plus comment faire pour apprendre ; elle est là sans être là. »

Pour Ryan, 14 ans, unique survivant suite à un accident de la voie publique, « les résultats se sont effondrés alors que c'est un élève brillant ». Alors qu'il nous explique « faire de son mieux », les enseignants lui indiquent sur ses copies « peut mieux faire » ce qui le conforte dans l'idée qu'il ne peut plus « être comme avant » et renforce son désinvestissement scolaire.

Marine, violée par un ami de ses parents à l'âge de 6 ans, n'écrira plus pendant près de deux ans. Elle sera orientée en Segpa alors que tous les tests d'efficience intellectuelle la placent dans la moyenne des enfants de sa classe d'âge.

La chute des rendements scolaires n'est pourtant pas systématique, de nombreux enfants exposés à des événements traumatiques restent de bons élèves, voire surinvestissent l'école. Pour certains, le scolaire est surinvesti et devient un moyen de résilience pour surmonter l'effraction traumatique liée à l'événement.

.....
Anne-Sophie, professeur d'histoire géographie victime d'un viol collectif à l'âge de 15 ans n'a « jamais posé de problème. Je ne peux pas l'expliquer, mais c'est comme ça, j'ai toujours eu besoin de l'école, j'ai toujours eu peur d'échouer et j'ai travaillé. Quand j'y pense, je ne sais pas comment j'ai réussi. Mon corps était mort, seule ma tête pensait, seule ma tête existait, ça, c'est quelque chose qu'ils n'ont pas réussi à détruire. »

Paul, orphelin à 15 ans suite au tsunami a poursuivi sa scolarité brillamment : « je voulais que mes parents soient fiers de moi. Je n'aurais jamais lâché car c'était une façon d'être plus fort que la vague et de tout ce qu'elle avait détruit dans ma vie. Pour mes parents, mes amis, morts là-bas, je voulais tout donner. »

Bégaiement, aphonie, zozotement, mutisme électif, difficulté de verbalisation, régression du langage sont autant des troubles susceptibles de se manifester dans les suites d'un événement traumatique, sans qu'ils ne soient, là encore, systématiques. Ces

symptômes témoignent de l'impact de l'événement dans les liens que l'enfant établit avec le monde extérieur. Parler c'est tout d'abord avoir la maturité neuro-cognitive pour pouvoir verbaliser ; c'est être en capacité de mettre des mots sur l'innommable ; c'est ne pas être seul et être entouré d'autres prêts à recevoir cette parole ; c'est aussi être en confiance d'avoir en face de soi un Autre capable d'entendre cette parole ; c'est enfin ne pas être emprisonné dans un contexte qui interdit toute révélation et oblige à se taire. Pour toutes ces raisons la parole peut être mise à mal par les effets du trauma.

.....
Axel, 7 ans, de retour des vacances de la Toussaint se met subitement à bégayer. Il a assisté à un grave accident de la route et pendant plusieurs minutes, alors que ses grands-parents portaient secours, il est resté seul, face au chaos des corps et des secours.

Magalie, 11 ans, exposée à une explosion dans son immeuble, était en classe une bavarde infatigable. Depuis l'événement, elle est en classe dans un état de prostration. Son institutrice explique qu'elle a cessé de parler « du jour au lendemain ». « Aucun mot ne sortait de sa bouche. J'ai d'abord cru qu'elle était enroutée, mais ça a duré des semaines, jusqu'à ce que je me décide à contacter ses parents, plus aucun travail à l'oral n'étant réalisé. »

Lucas, 6 ans, placé en famille d'accueil suite au meurtre de sa mère auquel il a assisté, est décrit par son enseignante comme « un pantin sans vie. C'est comme si on lui parlait dans le vide. Il est là sans être là. Il ne parle pas et il "psychote", ça veut dire qu'il reste dans son monde à lui et qu'on ne parvient pas à y accéder. »

Les troubles du développement peuvent aussi se manifester par des conduites régressives chez des enfants qui ne présentaient pas de troubles de ce type. L'enfant retourne, inconsciemment à un stade antérieur de son développement où sa sécurité était assurée. Il peut aussi stagner dans son évolution développementale et ne pas faire les acquisitions qu'il devrait faire à son âge. Différentes manifestations sont repérables : recommencer à sucer son pouce, énurésie relationnelle, renforcement des rituels de coucher, réinvestissement, même à un âge avancé, d'objet transitionnel tel qu'un doudou abandonné depuis longtemps, etc. Ce que l'on constate dans l'accompagnement des enfants victimes

d'événements traumatiques, comme chez les enfants endeuillés, c'est que la majorité d'entre eux, tout en régressant sur certains domaines, se projettent ou sont projetés par leur entourage vers des préoccupations d'adultes qui les contraignent à grandir plus vite. Leur entourage peut aussi avoir des exigences qui les forcent à s'autonomiser plus vite qu'ils ne l'auraient fait sans cet événement.

.....
Thalys depuis l'accident de son père hospitalisé en réanimation chirurgicale, doit gérer du haut de ses 7 ans sa petite sœur de 6 ans. Auparavant décrite par sa mère « comme une enfant lunaire, tête en l'air », Thalys n'a pas eu d'autres choix que de s'adapter aux exigences maternelles consécutives aux bouleversements de leur vie quotidienne. Sa mère a dû reprendre une activité professionnelle et ne peut plus être au domicile tôt ; sans compter les allers-retours à l'hôpital situé à plus de vingt minutes de leur domicile. Lors des entretiens elle fait part de préoccupations sur la vie quotidienne, proches de celles rapportées par des adultes, mais très éloignées de sujets d'enfants de sept ans. Mais derrière cette hypermaturité, Thalys témoigne aussi de toute sa vulnérabilité d'enfant en particulier à travers les multiples rituels mis en place pour ne pas être submergée par la peur et les angoisses réactionnelles à ce contexte. Cela conduit à un mélange d'hypermaturité marqué par des attitudes et des propos « d'adultes miniatures » et d'immaturité affective d'une petite fille qui cherche sans cesse à se réassurer sur la présence et la protection de son entourage.

TRACES TRAUMATIQUES DANS LES JEUX D'ENFANTS

Dans la relation à l'autre, le jeu est un support relationnel essentiel. Pour en comprendre toute la dimension, nous nous référons aux travaux de Winnicott selon lesquels la fonction maternelle s'articule entre le nourrissage, le *holding* (manière dont l'enfant est porté, le *handling* (manière dont l'enfant est traité) et le *object-presenting* (mode de présentation à la mère). Si la mère anticipe suffisamment tôt les besoins de son enfant, celui-ci peut croire dans un sentiment d'omnipotence absolue, qu'il crée l'objet, ce qui renforce son sentiment de confiance en la fiabilité de sa mère : il a « le sentiment que cet objet est un objet subjectif que lui-même a créé ». La mère

diminue ensuite progressivement son degré d'adaptation aux besoins de son enfant « à la fois parce qu'elle se dégage d'une intense identification avec son bébé et parce qu'elle perçoit le nouveau besoin de son enfant, celui qu'elle devienne un phénomène séparé ». L'enfant conçoit peu à peu sa mère comme séparée de lui, permettant l'instauration d'un « espace potentiel » entre l'enfant et sa mère, la perte et la présence, le moi et le non-moi. Cet espace intermédiaire, lié primitivement à la qualité de l'environnement maternel, se situe entre « l'objet subjectif » que l'enfant a le sentiment d'avoir créé et la perception objective basée sur l'épreuve de réalité.

Dans cette rencontre entre réalité psychique interne et réalité extérieure apparaît une relation d'objet véritable : « Là où se rencontre confiance et fiabilité, il y a un espace potentiel, espace qui peut devenir une aire infinie de séparation, espace que le bébé, l'enfant, l'adulte peuvent remplir créativement en jouant, ce qui deviendra ultérieurement l'utilisation heureuse de l'héritage culturel. » Apparaît l'aire transitionnelle, l'aire du jeu (*playing*), de la créativité et de l'illusion qui permet l'approche de la réalité extérieure. L'enfant rassemble des objets appartenant à la réalité extérieure et les utilise en les mettant au service de sa réalité interne : il « extériorise un échantillon de rêve potentiel et il vit avec cet échantillon, dans un assemblage de fragments empruntés à la réalité extérieure ». Au fur et à mesure, l'enfant va parvenir à une organisation personnelle de la réalité psychique intérieure : l'objet transitionnel est désinvesti progressivement et va perdre de sa signification particulièrement au moment où l'enfant commence à acquérir des savoirs et à développer ses intérêts culturels.

Cette expérience fondatrice du sentiment d'identité est liée à la fiabilité de l'objet décrite par Winnicott : « c'est la confiance du bébé dans la fiabilité de la mère... qui rend possible le mouvement de séparation entre le Moi et le non-Moi. Dans le même temps cependant, on peut dire que la séparation est évitée grâce à l'espace potentiel qui se trouve rempli par le jeu créatif d'accession à la pensée symbolique et par tout ce qui aboutira à la vie culturelle. »

S'il existe une faille dans cette confiance, la capacité de jouer sera entamée et le sentiment d'identité endommagé.

L'aire du jeu n'existe pas d'emblée, Winnicott nous rappelle qu'« il a une place et un temps propres » : la mère « suffisamment bonne » en s'adaptant aux besoins de son nourrisson, lui donne un sentiment de confiance et de sécurité qui l'autorise à se dégager de cet état de dépendance absolue où il se vivait confondu avec sa mère. L'enfant contenu par son environnement, soutenu dans ses capacités psychiques peut s'autoriser à jouer. Le jeu devient alors le lieu de l'expérience de réalité, la scène où « ça se signifie », un espace « entre-eux-deux » où se déroulent les transitions entre la réalité psychique interne de l'enfant et la vie extérieure ; une scène « qui n'est pas la réalité psychique interne. Elle est en dehors de l'individu, mais elle n'appartient pas non plus au monde extérieur ». S'il peut être compris comme un comportement spontané, le jeu est en fait un temps de co-construction entre le monde fantasmatique de l'enfant et la réalité du monde extérieur qui engage des processus d'accès à la symbolisation, à l'expression de soi et à la communication : « sur cette base de structuration du psychisme, le jeu est recherche et création permanente de la réalité et du sentiment d'exister par soi-même et du sens que prennent ces phénomènes pour l'enfant ».

Pour Winnicott, le jeu n'est pas que le reflet des représentations internes de l'enfant, mais témoigne aussi de l'impact de l'environnement sur son développement par sa dimension de défense contre l'effraction de la pulsion. Le jeu n'est plus considéré comme une simple activité récréative ou uniquement ludique. Il apparaît tout à la fois comme une mise en scène des tensions psychiques de l'enfant et comme un moyen thérapeutique dans le cadre du transfert : un enfant qui ne joue pas est un enfant qui meurt, sans le jeu il ne peut penser/panser ses blessures.

Cette dimension permet de comprendre combien le jeu est une forme fondamentale de la vie et a une valeur de sublimation créatrice tant il permet très tôt à l'enfant de projeter dans les objets les personnages de son monde interne et de mettre en scène l'expression symbolique de ses angoisses et de ses mécanismes de

défense. Les enfants rejouent les conflits et les situations stressantes auxquels ils ont été confrontés, dans une tentative d'assimiler le monde extérieur, de contrôler et de réorganiser ce qui se passe autour d'eux. À travers une répétition, la remise en scène de ce à quoi ils ont été confrontés, les enfants peuvent explorer leurs propres réactions et sentiments, faire diminuer leurs craintes, lier les excitations et limiter les débordements pulsionnels, comprendre mieux un événement mal assimilé ou le transformer dans leur jeu pour le rendre plus plaisant et pour se donner l'illusion de maîtrise.

Lorsque l'enfant rencontre sa propre mort, l'ensemble de ces aspects est mis à mal. L'événement traumatique déstructure le champ symbolique que représente l'aire de jeu et emprisonne l'enfant dans un autre monde, celui du vide de la capacité transformationnelle, celui de la béance de jouissance, celui de la « pétrification émotionnelle » décrite par Lionel Bailly.

Les enfants dont la vie a été bouleversée par des traumatismes terrifiants, effroyables voient leur « espace potentiel » profondément atteint car ils se trouvent confrontés à la défaillance de leurs processus de symbolisation. La compréhension de la dynamique de ce bouleversement nécessite le rappel des deux processus d'intériorisation des expériences : l'introjection et l'incorporation. L'introjection est le processus symbolique par lequel le sujet se construit des représentations de ses expériences du monde et les met en contact avec les divers domaines de sa vie psychique. Ferenczi le définit « comme un mécanisme permettant d'étendre au monde extérieur les intérêts primitivement auto-érotiques en incluant les objets du monde extérieur dans le moi ».

L'incorporation apparaît lorsque l'introjection échoue : les expériences ne sont que partiellement symbolisées et ces bribes sont enfermées dans des vacuoles psychiques qui restent isolées de la vie psychique. Elles peuvent rester enkystées silencieusement ou être à l'origine brutale d'irruptions anarchiques et imprévisibles de comportements, d'images dans lesquels le sujet ne se reconnaît plus.

À partir des travaux de Ferenczi, Abraham et Torok ont redéfini les concepts d'introjection et d'incorporation en insistant sur leur différence : l'incorporation de l'objet crée ou renforce un lien imaginaire alors que l'introjection de la pulsion met fin à la dépendance objectale.

« Par l'introjection, le sujet intériorise et fait sienne la qualité de la relation établie avec l'objet plus que l'objet lui-même, processus qui contribue à l'enrichissement et à l'extension du moi ; et l'incorporation, au cours de laquelle c'est l'objet lui-même, ou une part plus ou moins grande de ses attributs qui passe à l'intérieur du moi, mais en gardant ses caractères propres, constituant ainsi une sorte d'enclave parasitaire à l'intérieur du moi, "fantasmes" ou "visiteurs du moi", plus ou moins accessibles ou profondément enclavés dans leurs "cryptes" pour reprendre les termes d'auteurs tels que M. Torok, N. Abraham ou A. de Mijolla. »

L'orientation de la vie psychique vers l'un ou l'autre de ces processus ne dépend pas seulement de la dynamique psychique propre à chaque sujet, mais aussi de son environnement et de la qualité des interactions intersubjectives que l'enfant, tout comme l'adulte, a pu établir antérieurement. Autrement dit les autres êtres humains ne nous sont pas seulement indispensables pour guérir de nos traumatismes, mais aussi pour symboliser nos expériences, heureuses ou malheureuses.

L'enfant, comme l'adulte traumatisé, n'est plus en mesure d'intérioriser l'expérience et d'en construire des représentations. L'introjection est mise en échec par le chaos traumatique et l'événement se trouve enclavé dans des zones de non-élaboration, d'asepsie psychique, isolées du reste de sa vie psychique, mais susceptibles d'être réactivées au moindre bruit, à la moindre odeur ou vue d'un objet rappelant l'événement. Cet échec du processus d'incorporation se traduit en particulier par des mécanismes de reviviscence où l'événement vient s'imposer à nouveau avec la même violence et la même intensité que lors de l'exposition. La victime revit le trauma avec une impuissance persistante à s'en dégager. Les souvenirs répétitifs, les rêves répétitifs, les conduites automatiques et l'hypervigilance (visant l'évitement des éléments pouvant rappeler l'événement traumatique) témoignent de l'intensité de l'impact traumatique. Chez l'enfant, ces syndromes traumatiques

s'expriment avec une spécificité de la reviviscence qui se révèle à travers une mise en scène toute particulière du traumatisme vécu, celle des jeux dits « post-traumatiques ». Ces jeux peuvent être éphémères ou s'inscrire dans une répétition mortifère ; l'enfant peut jouer seul ou solliciter des camarades pour participer à ces constructions ludiques, véritable activité séquellaire du traumatisme.

L'enfant traumatisé est-il capable de jouer ? En a-t-il les moyens ? Lorsque l'on arrive dans un gymnase où sont recueillies des dizaines d'enfants après un incendie funeste de leur immeuble, lorsque l'on intervient dans une école suite au décès violent d'un élève ou dans des camps de réfugiés où des centaines d'enfants vont et viennent, on observe des jeux d'enfants, mais si l'on est attentif on constate que très souvent ces jeux ne sont pas des jeux « ordinaires », mais remettent en scène ce à quoi ces enfants ont été confrontés. Notre expérience nous amène à émettre l'hypothèse que les jeux d'enfants victimes d'événements traumatiques sont analogiques à ceux des autres enfants, c'est-à-dire qu'ils comportent à la fois des ressemblances et des différences.

La principale similitude est liée au fait que le jeu, consécutif ou non d'une expérience traumatique, délimite un cadre qui signifie que les choses qui s'y inscrivent ne doivent pas être traitées comme celles qui sont à l'extérieur.

Au-delà, d'importantes différences spécifient l'activité expressive qui se manifeste suite à un événement traumatique.

- La première différence se trouve au niveau de la souffrance psychique ressentie par l'enfant traumatisé et par les conséquences traumatiques de cet événement qui ne fait pas sens, qu'il lui est impossible de se représenter.
- La seconde différence se trouve dans les modalités d'expression : l'enfant traumatisé n'exprime aucun plaisir, n'éprouve aucun bonheur dans cette activité. Il ne rit pas, ne sourit pas, mais présente souvent un « masque » de tristesse et de douleur infinie

que rien ne semble pouvoir apaiser. Il y a dans le regard des enfants traumatisés l'expression d'une hypermaturité, de ce que l'on pourrait appeler « prématurité psychique » déjà décrite par Ferenczi lorsqu'il écrivait : « On pense aux fruits qui deviennent trop vite mûrs et savoureux, quand le bec d'un oiseau les a meurtris. »

- La troisième différence se trouve au niveau de la déliaison des interactions intersubjectives : l'enfant traumatisé est hors de la scène symbolique, hors du monde. Son activité ne permet aucune interaction avec ceux qui l'entourent, aucun partage, c'est un espace à sens unique, une impasse psychique. La pétrification émotionnelle de l'enfant traumatisé contamine ceux qui sont témoins de l'expression de sa souffrance et deux types de réactions sont alors fréquemment observés : soit les témoins se mettent à rejeter violemment ce qui leur est donné à voir (attitudes souvent manifestées par les adultes) ; soit ils expriment une fascination et ne parviennent pas à se dégager de l'excitation provoquée par la violence de cette mise en scène. Cette réaction que nous pourrions qualifier « d'appétence traumatique » est présente essentiellement chez les enfants qui peuvent alors être entraînés par l'enfant traumatisé sans comprendre le scénario du « jeu ».

Notre expérience clinique auprès d'enfants victimes d'événements traumatiques de nature intentionnelle et de nature non-intentionnelle nous amène à distinguer non pas deux, mais trois types d'activités post-traumatiques en précisant que chacune d'elle ne peut s'appliquer qu'à des situations où l'enfant a été victime d'un événement traumatique : le jeu traumatique, le jeu abréactif, le *reenactment*.

Nous utilisons l'expression « jeu traumatique », de préférence à celle de « jeu post-traumatique » car il témoigne de la sidération de l'enfant dans le trauma, sans capacité de s'en dégager. L'enfant

« joue » en répétant dans une sorte de production automatique, répétitive et monotone, pouvant devenir une véritable compulsion de répétition, la même scène traumatique qui vient d'être vécue. Cette expression, en dehors de toute idée de jouissance, échappe à la créativité enfantine et ne fait que répéter en boucle le traumatisme subi. L'enfant, à travers le jeu, répète sur un mode actif ce qu'il a vécu passivement afin de parvenir à le maîtriser. Pour Winnicott « chaque nouvelle répétition semble améliorer cette maîtrise vers laquelle tend l'enfant ; et même dans le cas d'expériences déplaisantes, il ne se lasse jamais de les faire se répéter et il s'en tiendra inflexiblement, à l'identité de l'impression ».

Le jeu traumatique est ainsi caractérisé par son aspect répétitif et monotone ; il témoigne de l'échec de l'appareil psychique à métaboliser l'afflux d'excitations. Le débordement des capacités d'élaboration, la sidération du psychisme conduit l'enfant à revivre avec la même intensité l'événement subi. L'enfant est prisonnier d'une activité mortifère dont il ne peut se libérer.

.....

Anaïs, 7 ans, et Yanis, 10 ans, viennent d'être évacués du Liban avec leur mère. Leur maison a été détruite par les bombardements et leur père, ainsi que plusieurs oncles et cousins, sont décédés. À leur arrivée ils sont hébergés chez leur grand-mère maternelle dans des conditions matérielles difficiles. Dans la pièce qui sert de chambre, deux matelas ont été installés en urgence. Anaïs et Yanis expliquent que leur seule activité est de « jouer à la balle » : installés chacun sur un matelas, ils se lancent un ballon sans pouvoir s'arrêter. Cette activité dure « des heures », temps confirmé par leur mère qui nous explique combien ce « jeu » de balle exaspère la grand-mère : « elle intervient car elle ne veut pas de ballon dans l'appartement ; elle crie, leur dit d'arrêter, certaines fois les punit, mais ils recommencent sans cesse ». En consultation, après plusieurs entretiens, ils parviennent à expliquer que « le jeu est plus fort qu'eux : si on arrête on est mort ; la balle elle tombe et elle va tout détruire ». Cette balle est un support à l'épreuve traumatique subie. Dans un premier temps, l'expérience du bombardement est revécue symboliquement à travers l'échange du ballon, sans que les enfants ne parviennent à mettre en mots ce qu'ils font. Ils ne sont pas capables d'expliquer pourquoi ils font ça, mais disent que « c'est plus fort » qu'eux et qu'ils ne « peuvent pas s'en empêcher ». Le travail thérapeutique les amène à décrypter le sens de ce « jeu » et à comprendre ce qu'ils remettent en scène : « c'est comme si la balle c'était la bombe » dit un jour Anaïs en exprimant à ce moment-là un réel soulagement. Le « jeu » évolue, avec un scénario qui leur permet de ne plus répéter de façon compulsive les lancers de « bombe-ballon ».

Cet exemple nous montre combien le jeu post-traumatique atteste de l'incapacité pour l'enfant de métaboliser ses angoisses, son excitation, ses pulsions destructrices. Le terme de « jeu » nous semble d'ailleurs inapproprié car il n'y a, dans cette activité, aucune dimension de jouissance, aucun plaisir partagé, aucune interaction possible : c'est en fait une projection pure du trauma, un « blanc du jeu/je », l'expression brute de l'agonie des liens intersubjectifs et intrapsychiques.

.....
L'exemple de Yanis et d'Anaïs, illustre également le fait que pour être opérationnel comme auxiliaire du travail psychique de symbolisation post-traumatique, ce « jeu post-traumatique » nécessite la présence d'un tiers qui autorise un dégagement de l'appétence traumatique et facilite progressivement une restauration des compétences de l'enfant dans ses capacités de symbolisation.

Il marque une évolution par rapport au jeu traumatique car l'enfant est ici capable de faire évoluer son scénario jusqu'à une fin quelconque sans être bloqué dans une compulsion de répétition du trauma. Chaque répétition mise en scène dans le jeu abréactif s'accompagne d'émotions, de pensées, de sensations physiques rappelant l'état de détresse, mais l'enfant parvient ici à s'en dégager partiellement et à ne plus être inévitablement projeté dans cette aire de souffrance. La dimension d'auxiliaire des processus de la symbolisation est en partie restaurée. Le jeu abréactif a une dimension de décharge émotionnelle, d'exorcisation de la souffrance et permet la restauration des capacités d'étayage des processus de représentation et de symbolisation. Contrairement au jeu post-traumatique qui témoigne de l'échec de toute possibilité d'élaboration, le jeu abréactif autorise le remaniement des contenus psychiques et restaure la temporalité : l'enfant n'est plus pétrifié dans l'instant t du trauma, mais parvient à s'inscrire au-delà dans un « après-traumatique ». Le jeu abréactif permet à l'enfant de reprendre le contrôle sur ce qu'il a subi et d'assimiler ses propres réactions et sentiments.

.....

Jefferson et Love-Marie sont ensevelis avec leur mère sous les décombres lors du tremblement de terre d'Haïti. Dégagés et rapatriés en France avec leurs parents, ils sont pris en charge par leur famille. Leurs parents prennent rendez-vous « pour être sûrs que tout va bien » et nous expliquent d'emblée que leurs enfants ont « bien résisté » et ne présentent « aucun trouble ». Hors présence de leurs parents, Jefferson et Love-Marie s'autorisent à parler de leur terreur lors du tremblement de terre, de leur désespoir face à la peur de leur mère présente avec eux. La crainte de revivre un tel cataclysme les amène à ne pas se plaindre, ne pas pleurer. Pour Jefferson, 10 ans : « c'est comme ça. Quand on leur dit que ça va, ils ont l'air rassurés et contents et après ils sont bien, donc on ne va pas leur dire que ça ne va pas. » En présence de son frère, Love-Marie, 11 ans, tient une position défensive sans laisser l'expression du moindre affect. Elle est dans une attitude contrôlée, ne s'autorise aucun mot, aucune attitude qui pourrait laisser penser qu'elle est blessée. Sans son frère, cette position adultomorphe ne tient plus et c'est une petite jeune fille de onze ans qui parle avec beaucoup d'émotion de la terreur panique qui l'a prise lorsque le métro a fait « trembler le sol » chez sa camarade à Paris : « j'ai cru que j'allais encore mourir ». Elle nous explique aussi que « quelque chose la dérange », mais elle n'arrive pas à s'en débarrasser : depuis le tremblement de terre elle éprouve le besoin d'écraser tout objet qu'elle a sous la main : gâteau, bout de plastique, etc. Et si elle n'a rien à disposition, elle écrase « un objet invisible ». Cette activité lui prend plusieurs heures par jour, mais il ne s'agit pas d'un pur jeu traumatique dans la mesure où, d'emblée, Love-Marie sait ce qu'elle remet en scène et élabore un scénario : « quand je fais ça, c'est comme si mon pouce qui écrase, était le tremblement de terre... ça me soulage... et quand je le fais, dans ma tête, je me dis que les gens ils ont pu se mettre aux abris. » Ce « jeu » est discret et n'est pas repéré par ses parents et son enseignante comme une trace traumatique ; pourtant sa signification est clairement la tentative d'agir la violence subie en se réappropriant l'événement. Elle en ressent un soulagement tout en expliquant ne pas parvenir à s'en dégager pour l'instant totalement.

reenactment play

Le *re-enactment play* (reconstitution par le jeu) tel que défini par Lenore Terr, est caractérisé par l'expression *a posteriori* de traces traumatiques à travers le jeu et les investissements de l'enfant. Il intervient le plus souvent alors que l'enfant recouvre un certain équilibre psychique. Il ne s'agit pas d'une répétition automatique de l'événement dans sa globalité, mais seulement d'une répétition d'un seul aspect de l'événement.

.....

Simon, 9 ans, victime des violences physiques de son père et des négligences graves de celui-ci vit depuis cinq ans dans un environnement marqué par le système

judiciaire. Évacué par la police du domicile conjugal avec sa mère suite à la violence des coups de son père, Simon a été auditionné à de multiples reprises, examiné pour constater les traces de coups, entendu et réentendu par le juge des enfants sans que de réelles mesures de protection soient instaurées. Depuis que sa mère a quitté le domicile conjugal, il surinvestit tout ce qui fait référence aux forces de l'ordre : véhicules de police, personnages policiers, costume de policier, badge qu'il se fabrique avec son nom et sa fonction de « policier », dessins envahis de commissariats et de « méchants comme [s]on père » emprisonnés derrière des barreaux très épais.

Pour Julie et Candice, jumelles de 8 ans, ce sont les personnages médicaux qui sont investis depuis l'intervention au domicile pour « sauver » leur père. Celui-ci décède des suites d'un accident vasculaire-cérébral à l'hôpital et ses filles n'ont de cesse de s'entourer de jeux liés au médical : hôpital Lego® ou Playmobil®, costume d'infirmier, valise de docteurs. Lorsqu'elles jouent, elles mettent en scène, en différé, les souvenirs traumatiques anciens encryptés dans leur inconscient. L'expression du *reenactment* ne présente pas la rigidité du jeu traumatique, mais il est plus difficile à repérer par l'entourage.

Enfin il existe une autre catégorie de « jeux » aux conséquences parfois dramatiques que nous proposons de qualifier de jeux traumatogènes. Dans ces situations, les enfants ou les adolescents mettent en acte des activités qui pourraient s'apparenter à des « jeux », mais il s'agit avant tout de pratiques dangereuses (pratiques d'asphyxie, d'agression, « jeux » de mort). Le terme de « jeux traumatogènes » ne concerne que des enfants qui n'ont pas été exposés à des événements traumatiques. Pour ceux qui réalisent des jeux d'asphyxie, jeux de mort ou jeux d'agression, alors qu'ils ont été exposés à des violences graves, le terme à utiliser est celui de jeux traumatiques.

Cette proposition de distinction entre les différentes activités expressives de l'enfant suite à un événement traumatique nous offre la possibilité par l'observation de l'enfant, de mieux évaluer l'impact du trauma. Elle nous permet aussi de percevoir si ce « jeu » peut tenir ou non, le rôle de « prothèse psychique » pour certaines fonctions psychiques rendues défaillantes par l'événement.

Chapitre 5

Pourquoi l'enfant traumatisé se tait ?

COMPRENDRE LE SILENCE DE L'ENFANT

Si les adultes croient souvent que les enfants n'ont rien compris, qu'ils ne sont pas traumatisés et qu'ils continuent de vivre « comme avant », c'est bien souvent parce que les enfants se taisent ; ou plus précisément qu'ils ne s'expriment pas à la hauteur de leur détresse et de leur souffrance. L'événement traumatique déporte l'enfant hors du champ de la pensée, hors du monde. Suite à ces drames beaucoup d'enfants n'en disent rien et se taisent, en particulier lorsque l'événement est de nature intentionnelle. La prise en charge thérapeutique des enfants traumatisés, nous confirme que, majoritairement, les enfants ne se plaignent pas et ne parlent pas de ce qu'ils ont vécu et de ce qu'ils ressentent. Et il y a là un malentendu fondamental entre l'enfant et son entourage : il ne parle pas car il attend qu'on l'encourage à parler ; et ses proches ne lui parlent pas de l'événement car ils pensent qu'il a oublié et qu'il ne faut pas le traumatiser. Les adultes interprètent le silence de l'enfant comme une indifférence face au drame ou une incapacité à comprendre. De son côté l'enfant pense que ses proches sont incapables de le comprendre, il se sent abandonné, seul face à sa détresse et ses interrogations.

Si l'enfant se tait, quelques heures, plusieurs mois, voire des années, c'est que ce silence protecteur lui permet de sauvegarder un minimum d'intégrité psychique. Le silence devient dans un premier temps une enveloppe protectrice dont il se couvre pour survivre. Plus le temps passe, plus cette enveloppe s'épaissit jusqu'à devenir un véritable carcan qui l'annihile et rend toute expression de souffrance impossible.

Ce silence comment le comprendre ?

Il nous semble tout d'abord s'expliquer par les **sentiments de honte, d'humiliation de crainte et de culpabilité** que ressent l'enfant traumatisé surtout lorsque le traumatisme est de nature intentionnelle et qu'il porte atteinte à l'intimité corporelle.

.....
« Je n'en ai jamais parlé à mes parents, c'était tabou » explique Jean-Pierre, 41 ans, violé par son instituteur. Bruno, 39 ans, témoigne de ses années de silence : « à cet âge-là, on ne bouge pas, on subit (j'avais peur d'en parler à des adultes, car je me sentais coupable. » Marion, 16 ans, raconte le silence imposé par son père : « Faut pas que tu le dises à maman, c'est secret. Si elle le sait, elle se fâchera et te disputera. » « J'aurais jamais pu dire ça. Si j'avais dit que mon prof me prenait pour sa femme personne ne m'aurait cru, c'est trop la honte » explique Fabian, 21 ans, sodomisé à plusieurs reprises lorsqu'il avait quinze ans par son professeur de musique.

Axel martyrisé par ses parents depuis son plus jeune âge explique à 16 ans « je n'osais rien leur dire, j'étais convaincu que c'était de ma faute, ils n'arrêtaient pas de me répéter que je n'étais qu'un mauvais fils, une "erreur" ». Sarah qui a découvert alors qu'elle avait 9 ans le corps pendu de son père, témoigne également du poids du secret : « je suis rentrée à 11 h 50 alors que d'habitude je rentre juste à 11 h 35, mais j'étais restée à discuter avec mes copines. Si j'étais arrivée plus tôt j'aurais pu empêcher Papa de faire ça, car il l'a fait juste à 11 h 30. Je suis sûre que ma mère m'en veut. Nous n'avons jamais pu en parler, c'est interdit [...] elle ne m'a jamais vraiment dit que c'était interdit, mais je le sens : à chaque fois que j'essaye d'en parler elle change de sujet. Et depuis "ça", elle n'a jamais arrêté de me dire que je n'étais jamais à l'heure. »

Parler de culpabilité c'est faire référence à une instance morale qui légifère sur ce qui est bien ou mal. Cette instance est d'abord

externe au sujet : ce sont les valeurs morales des parents et les valeurs morales de la société. Peu à peu l'intégration des expériences permises ou défendues permet à l'enfant de constituer au niveau interne, une instance critique et punitive : le surmoi. Au moment du déclin du complexe d'Œdipe, il renonce à satisfaire ses désirs œdipiens, il s'identifie à ses parents et intériorise les exigences et les interdits parentaux. Freud octroie au surmoi un rôle assimilable à celui d'un censeur qui incarne la loi et interdit qu'on la transgresse. Mélanie Klein fait, quant à elle l'hypothèse de l'existence d'un surmoi très précoce dès la phase orale et particulièrement cruelle en raison de la grande intensité du sadisme infantile à cette période.

Plus qu'une identification à des personnes, le surmoi est une identification réussie avec l'instance parentale de sorte que le surmoi ne se forme pas à l'image des parents, mais bien à l'image du surmoi de ceux-ci :

« Il se remplit du même contenu, il devient le porteur de la tradition, de toutes les valeurs à l'épreuve du temps qui se sont perpétuées de cette manière de génération en génération¹. »

L'activité du surmoi se manifeste dans le conflit avec le moi sous toutes les formes d'émotion qui se rattachent à la conscience morale, principalement la culpabilité. La véritable culpabilité se trouve dans l'intention du délit commis, elle relève de la réalité intérieure, de sorte que :

« Le délit commis n'est pas la cause du sentiment de la culpabilité, c'est plutôt le résultat de la culpabilité². »

L'importance de la réalité psychique et la richesse de la vie fantasmatique de l'enfant font qu'il trouve fréquemment des raisons de se sentir coupable et l'adulte n'a aucun mal à réactiver cette culpabilité. Ce qu'il exprime au niveau de sa culpabilité, ce qu'il peut dire et ressentir au plan conscient, mais aussi au plan inconscient, peut être fort différent des projections et de la logique des adultes.

L'éducation des enfants est marquée par une relation d'autorité à l'adulte qui n'est pas sans ambiguïté : on apprend à l'enfant à se méfier des étrangers, mais simultanément à être obéissant et affectueux avec tout adulte qui s'occupe de lui. C'est de la capacité de l'enfant à acquérir son autonomie par rapport à ces consignes que dépendra le poids du secret imposé par un agresseur. Un enfant confiant envers le monde des adultes se dégage rapidement du secret et se soustrait plus facilement au chantage et aux menaces de son agresseur qu'un enfant blessé dans sa confiance en l'adulte. Il peut trouver l'interlocuteur capable de comprendre son appel et parvenir à révéler. Autrement le traumatisme l'anéantit, il « devient un moi pulsionnel sans surmoi, une chair sans mot » (Daligand, 2001), et l'enfant se terre dans un silence protecteur.

Le silence est aussi souvent lié au processus d'emprise et d'identification à l'agresseur dans lequel se trouve piégé l'enfant, dans les situations de traumatismes intentionnels. Ce processus est principalement à l'œuvre dans les situations où les faits s'inscrivent dans la durée. L'auteur place progressivement l'enfant dans une dépendance affective et psychique. Il le condamne à un contexte d'insécurité permanente fait de communication paradoxale, de culpabilisation, d'isolement, d'instabilité émotionnelle, de négation de ses besoins élémentaires. L'enfant est déstabilisé, perd toute confiance en lui et se trouve sous la dépendance de l'auteur des violences. L'incapacité psychique à se différencier de l'auteur et la terreur imposée, font que l'enfant ne peut dénoncer ce qu'il subit.

Le silence peut aussi se comprendre par **l'impression que le monde des adultes est solidaire et hostile**, ce qui se traduit par

l'incapacité de l'enfant à demander de l'aide et par sa crainte de ne pas être cru.

.....

Jean-Luc, victime à 11 ans de son professeur de français, explique qu'il était « tétanisé par la peur. Mes parents n'auraient pas compris ou alors ils m'auraient demandé de me taire ; c'était impossible de parler de ces choses-là, on garde pour soi la honte, l'humiliation, on se sent presque complice et l'on se croit seul. »

Matthys, victime à 10 ans d'un « jeu d'agression » qui le conduira avec de multiples fractures aux urgences, explique « qu'il avait trop peur. La peur était plus forte que tout [...] si j'avais dit, on se serait moqué de moi, on m'aurait dit de ne pas faire d'histoire. » Mathieu, 14 ans, agressé à de nombreuses reprises par un surveillant du collège explique aussi : « *je n'ai rien dit, personne ne m'aurait cru, de toute façon ici il y a deux mondes, celui des élèves, celui des adultes et c'est toujours le même qui a raison. Je n'avais aucune chance d'être cru, je n'étais qu'un élève.* » Marine décrit les pressions subies de sa mère suite à sa révélation : « *si tu portes plainte ton père ira en prison et qui paiera pour nous ? on va crever la faim et de ta faute* », « *tu divises la famille, à cause de toi on va être séparés.* »

Cette force de la solidarité entre adultes peut être particulièrement ressentie par les enfants victimes d'inceste ; plusieurs études³ montrent en effet que dans ces situations si au moment du dévoilement 43 % des mères réagissent contre l'abuseur, seulement 20 % d'entre elles soutiennent en même temps l'enfant dans sa démarche, 13 % réagissent contre celui-ci et 10 % se montrent indifférentes.

L'enfant victime d'abus sexuels se trouve dans la nécessité absolue de s'adapter à un environnement nocif et de maintenir envers et contre tous, d'abord à son propre détriment, une impossible loyauté. Prisonnier de ce système d'accommodation, il s'adapte à l'abus qu'il subit. Pris au piège, il adopte des stratégies de survie, adhère à la doctrine abusive, justifie les actes abusifs avec des sentiments dominés par l'impression de mort imminente : « je pouvais plus faire autrement » nous explique Clara, 14 ans, « je ne pouvais rien dire, j'étais paralysée, j'attendais que ça passe, c'est tout. »

Pour décrire les réactions des enfants agressés, Summit décrit un « syndrome d'accommodation » et parle « d'îlots de survie » où l'enfant tente de se reconstruire, de retrouver une unité, de se réapproprier son propre corps. Il y parvient soit par clivage, au sens

où pour survivre à l'expérience traumatique il se retire de sa vie psychique subjective, soit par identification à l'agresseur, ultime défense mise au service de la survie ; ces deux mécanismes de défense étant potentiellement sources de conflits psychiques et d'un profond sentiment de culpabilité.

Le silence peut être compris comme une **tentative de préserver les parents et les proches d'une peine supplémentaire**. L'enfant censure alors intentionnellement sa souffrance et ne s'autorise pas à se plaindre. Il ne veut pas blesser, ni inquiéter ses proches.

.....
Ninon, 7 ans, qui a perdu sa main et son petit frère de trois mois dans un accident, nous explique se « forcer à ne jamais pleurer » devant son père. « Sinon il va croire que j'ai trop de chagrin et cela va lui faire encore plus de peine. » « Alors quand ça me fait trop mal je pleure dans les toilettes ou la nuit sous ma couette. Papa des fois je vois bien qu'il a pleuré, il a les yeux tout rouges. Et quand je lui demande, il me dit que non... Pourquoi il ne me fait pas confiance ? C'est parce qu'il croit que je ne peux pas comprendre... je ne sers à rien... c'est comme un secret qu'il ne faut pas dire alors qu'on y pense tous. »

Amina a 6 ans. Son frère jumeau est décédé dans un incendie, un dimanche matin où toute la famille était présente. Depuis près d'un an elle n'a plus jamais parlé de son frère « à personne » me précise-t-elle. « Au départ quand on prononçait son prénom maman pleurait encore et encore et après elle me criait dessus... Je ne pleure jamais devant maman et papa, mais le soir quand je suis toute seule dans ma chambre... ou à l'école dans un coin où personne ne me voit... Pourquoi je ne pleure pas ? Parce que si je pleure, ça va rouvrir le robinet de pleurs de maman. » La censure que s'impose Amina en public l'empêche de prononcer le prénom de son frère tout au long des premiers mois de prise en charge. Elle utilise l'expression impersonnelle « il », sans même parvenir à restaurer le lien fraternel par l'expression « mon frère ». Le travail thérapeutique familial amènera peu à peu Amina et ses parents à pouvoir parler de Farid sans crainte d'être totalement débordés émotionnellement.

Le silence peut aussi témoigner de cette **défense face au trauma et à toutes les peurs et les images qu'il réactive**. « Je préfère ne plus en parler parce qu'à chaque fois ça fait revenir les images de

l'attentat » nous explique Clara, blessée lors de l'attentat du Caire. « Si je pense à elle, nous dit encore Walid dont la sœur s'est noyée dans la piscine, je revois son visage déformé et c'est horrible, alors je ne veux plus penser à elle et je m'empêche de penser à elle. » Par cet « empêchement de penser », l'enfant, l'adolescent peuvent ainsi lutter contre la résurgence des souvenirs traumatiques et tenir ainsi à distance toute évocation de cet événement, pour ne pas raviver la blessure psychique qu'il a entraîné et être à nouveau submergés par ses manifestations. Mais les mécanismes de défenses restent précaires car dès que la vigilance de l'enfant baisse, les reviviscences ressurgissent.

Le silence de l'enfant peut enfin traduire la **perte de confiance à l'égard d'adultes qu'il a tenté, en vain, de solliciter**. Il a, dans ces cas-là, expérimenté le rejet, l'incrédulité d'adultes incapables d'entendre la réalité de l'horreur subie, ou s'est trouvé psychiquement « intrusé » par des adultes fascinés par son histoire.

.....
Je rencontre Cynthia, 7 ans, à la demande du pédopsychiatre de liaison car depuis plusieurs jours elle est prostrée, mutique et refuse tout contact avec ses proches comme avec les équipes médicales. Quand je me présente, elle est installée calmement sur son lit, l'extrémité de sa jambe gauche bandée. Je n'ai que peu d'informations sur son état, mais il est impossible de ne pas voir qu'il lui manque le pied gauche. Le médecin m'a indiqué qu'elle avait été coincée dans un éboulis avec la jambe écrasée. Cinq opérations successives n'ont pas permis de sauver son pied. Après m'être présentée et avoir demandé à Cynthia si elle était d'accord pour que je reste auprès d'elle, je lui demande si elle peut m'expliquer ce qui lui est arrivé. En me fixant droit dans les yeux elle me répond : « Tu veux savoir ce qu'ils [parents et médecins] me disent ou ce que je sais ? » « Pour bien te comprendre, je crois que ce serait bien si tu pouvais m'expliquer les deux. » « Alors eux [ses parents et les soignants], eux ils me disent qu'ils m'ont coupé deux doigts de pieds car ils étaient écrasés... » « D'accord, et toi ? ». « Ba tu vois bien, ils me racontent n'importe quoi, ils l'ont coupé mon pied, complètement. » À ce moment-là Cynthia qui était si calme, s'effondre et se met à pleurer avec de nombreux spasmes. Ce n'est pas tant l'amputation qui l'effraie que de ne pas savoir « pourquoi » et de réaliser que les adultes en qui elle avait toute confiance lui ont menti. Calmée, elle m'explique avoir posé directement la question au médecin et à ses parents « il est coupé mon pied ? », mais personne ne lui aurait répondu ; ce que chacun d'eux confirmera.

« Quand tu me parles de tout ça, j'ai l'impression qu'il y a plein de questions dans ta tête, plein de peur, de colère ? » « Oui parce que je ne sais pas pourquoi ils l'ont coupé. » Et en criant Cynthia montre les différentes zones de son corps en commençant par les doigts de pieds droits : « ils ont coupé là, puis là et là et encore là [elle s'arrête au niveau de la cheville], mais qu'est-ce qui va les arrêter ? Parce qu'ils peuvent couper aussi là [arrêt au niveau du genou], là [haut de la jambe] et là [arrêt brutal au niveau de son cou]. » La terreur de Cynthia est cette mort en direct symbolisée par la perte de son pied. Le traumatisme subi l'anéantit, il devient pour reprendre l'expression de Daligand (2001) « un moi pulsionnel sans surmoi, une chair sans mot ». Cynthia n'a d'autres recours que de se réfugier dans un silence protecteur qui ne l'exposera plus aux attitudes de fuite et aux mensonges si insécurisants de ses parents et des soignants.

L'exemple de Cynthia nous amène à constater, comme pour d'autres enfants, qu'il est toujours difficile pour l'enfant de parler de sa douleur, d'exprimer sa souffrance tant il ressent les enjeux liés à sa plainte. Le contexte est rendu d'autant plus difficile qu'ils ont bien souvent en face d'eux, des adultes également blessés ou qui espèrent qu'ils n'aient rien compris, rien ressenti face à ce qui s'est passé. Ils n'ont d'autres solutions que de se taire. Ceci explique que de nombreux enfants n'expriment pas, devant leurs proches, l'intensité de la détresse psychique ressentie et restent durablement avec ces traces traumatiques non pensées, car non parlées, non partagées.

En outre, il restera toujours éprouvant pour les adultes de le soutenir dans cette détresse. Mais si les proches sont suffisamment soutenus pour exprimer leur chagrin devant leur enfant, celui-ci pourra pleurer librement, expérimenter une peine commune et surtout le lien de confiance indispensable pour lui permettre de continuer de vivre, malgré le chagrin, la peur et la douleur.

Car si l'enfant se retrouve seul, il développera ce que Boris Cyrulnik a appelé « le clivage résilient » qui permet à certains enfants de survivre en tenant à distance les faits traumatiques. Ce clivage résilient se traduit par le fait qu'une partie de l'enfant tient compte du réel, tandis que l'autre le dénie. Face à la banalisation voire au déni de son entourage, ce processus adaptatif, très coûteux, permet à l'enfant de survivre au prix du silence sur son passé.

Notes

1. FREUD S. (1932), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Gallimard, 1987, p. 93.

2. WINNICOTT D.W. (1958), *La psychanalyse et le sentiment de culpabilité, de la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, p. 338.

3. HAESEVOETS Y.-H., « victime d'inceste : symptomatologie spécifique ou aspécifique ? », *Psychiatrie de*, 1997, XL, 1.

Chapitre 6

Comment accompagner l'enfant face à la mort ?

QUAND ON PARLE DE TRAUMATISME, la mort n'est jamais très loin. Il peut s'agir de celle de l'enfant, celle de ses proches. Mais la mort est un mot d'adulte bien souvent totalement étranger au monde de l'enfant. Baptiste, 6 ans, nous explique que « la mort c'est quand on a fini sa vie ; quand on est vieux, très, très vieux ». La perception de la mort chez le jeune enfant n'a pas la même valeur inquiétante que chez l'adulte. Pour l'enfant la mort n'a, dans un premier temps aucune place, aucune signification semblable à celle de l'adulte. Toute son énergie est focalisée sur la vie et la moindre perturbation dans son quotidien peut être vécue comme un cataclysme.

SPÉCIFICITÉS DU PROCESSUS DU DEUIL CHEZ L'ENFANT

La littérature témoigne de certaines divergences quant à l'appréhension par l'enfant de la mort et quant à la reconnaissance pour l'enfant d'une souffrance psychique après une perte. Pour la majorité des auteurs, la mort réelle est chez l'enfant une réalité lointaine et impalpable : elle les intéresse, mais ils n'entrevoient pas qu'ils puissent un jour mourir.

Selon ces recherches, l'idée de mort et en particulier la notion de mort définitive s'élaborerait progressivement avec le niveau de

développement de l'enfant pour parvenir vers la préadolescence à une représentation proche de celle des adultes. Si l'idée de catégoriser par stades nous semble excessive, notre expérience clinique nous amène à dégager deux périodes charnières dans la compréhension de la mort et les capacités de l'enfant à réagir à une perte : avant 6 ans et au-delà de 8 ans.

La perte d'un parent est une épreuve traumatique pour tout enfant, mais l'intensité de cette perte est d'autant plus violente qu'elle touche un bébé ou un très jeune enfant. Le tout-petit n'a pas de compréhension intellectuelle de ce qu'est la mort, mais souffre au niveau émotionnel de la séparation. Lors des premiers mois de vie, le bébé est dans une relation fusionnelle avec sa mère ou le substitut maternel ; il ne fait qu'un avec elle et si la mère n'est pas « suffisamment bonne » pour assurer une continuité d'existence au nourrisson, celui-ci peut plonger dans une infinie détresse, qualifiée par Winnicott de « *primitive agony* ». Si le bébé grandit en dehors de tout effondrement de ce type, sa relation avec sa mère devient moins fusionnelle et il comprend que lui et sa mère ne font pas qu'un. Il l'intègre comme une personne entière à la fois bonne et mauvaise, tantôt rassurante et aimée, tantôt crainte et inquiétante. Vers 4-5 mois l'enfant accède ainsi à l'ambivalence, c'est-à-dire qu'il devient capable de ressentir à l'égard de la même personne des sentiments parfois contradictoires. Cette prise de conscience peut être particulièrement angoissante car l'enfant est souvent culpabilisé par les sentiments négatifs qu'il peut ressentir et submergé par la crainte d'être abandonné ou de perdre l'amour de la figure maternelle. C'est en fait l'expérience répétée de moments d'amour, d'attention, de bienveillance de la mère dans la réalité, qui va permettre au bébé de survivre à cette crainte d'effondrement et de faire cohabiter l'amour et la haine au sein de ses relations aux autres et vis-à-vis de lui-même. Les parents sont donc, à cet âge, les principales figures d'attachement (Bowlby, 1973), celles qui

structurent le quotidien du bébé et du tout petit, le réconfortent et qui lui assurent une continuité d'être. Lorsque la mort d'un parent survient à cette période où le tout petit n'est pas encore différencié de sa mère et des personnes émotionnellement importantes pour lui, il est violemment privé de tous ses repères, sans avoir les ressources psychiques suffisantes pour y faire face. Chez les nourrissons, l'intensité de la perte est d'autant plus forte que les figures d'attachement ne peuvent se substituer l'une à l'autre (Bowlby, 1973). Chacune a une place bien spécifique dans le monde du jeune enfant et lorsque l'une disparaît, la disponibilité de l'autre n'est pas nécessairement suffisante pour apaiser la douleur de la perte et ses bouleversements.

La mort d'un parent dans la prime enfance (0-2 ans) apparaît ainsi comme d'autant plus déstructurante psychiquement pour l'enfant, que celui-ci n'est pas en capacité de comprendre le sens de cette perte. Le décès d'un (ou des) parent(s) représente la perte brutale du sentiment de sécurité et de son bien-être à un âge où l'enfant n'est pas en capacité d'élaborer le sens de cette disparition brutale. Ce cataclysme intime le projette dans un état d'agonie psychique qui conduit à une rupture de la continuité de son sens de lui-même (Bowlby, 1980, Pynoos, Steinberg et Piacentini, 1999), susceptible d'hypothéquer durablement son devenir.

La littérature nous rappelle que les répercussions psychotraumatiques d'une mort dépendent à la fois de facteurs internes (niveau de développement psycho-affectif et cognitif de l'enfant au moment du décès), mais également de facteurs externes : type de mort ; présence ou non de l'enfant lors du décès ; réactions des proches...

Les conséquences les plus fréquemment décrites chez le jeune enfant sont des états de prostration, d'atonie thymique et de retrait émotionnel, de profondes tristesses, la perte de l'intérêt pour le jeu, les troubles du sommeil (hypertonie, cauchemars, refus de dormir seul), l'anxiété face à tout ce qui peut rappeler la perte (en particulier les séparations, même pour de courtes périodes, avec les nouvelles figures d'attachement), des manifestations de colère et des

comportements agressifs, une régression du fonctionnement développemental. Ces symptômes peuvent être majorés par des troubles post-traumatiques, en particulier reviviscences, jeux traumatiques (Romano, 2008), hypervigilance, lorsque l'enfant a été directement exposé au décès de son parent.

si le bébé endeuillé a, au préalable, bénéficié d'interactions rassurantes et structurantes et s'il se trouve rapidement pris en charge par des adultes en capacité d'être des tuteurs de développement (Baubet, 2003), les conséquences traumatogènes seront moindres que si l'enfant se retrouve seul au monde et sans ressources antérieures

Avant 6 ans, l'enfant a une vision assez rudimentaire de la mort ; il la perçoit comme un événement imposé de l'extérieur, la décrit comme un « long sommeil », un « long voyage », une « autre façon de vivre ». La mort est pour l'enfant jeune un phénomène passager dont la notion d'irréversibilité et d'universalité n'est souvent pas acquise. Le recours à l'imaginaire est très présent et les jeunes enfants jouent naturellement avec la mort : « pan t'es mort » et le cow-boy qui vient de se faire tirer dessus se relève au bout de quelques minutes tout comme la princesse qui venait de boire de la soupe empoisonnée ressuscite au bisou du prince charmant. « C'est pour semblant » ; « ce n'est pas pour de vrai » ; « c'est pour de faux » ; « tu fais le faux vrai mort » ; « on dirait que t'es mouru » : autant d'expressions de jeunes enfants qui témoignent de leur perception non mortifère de la mort, leur croyance en une mort provisoire étant renforcée par les personnages des dessins animés et des jeux vidéo qui meurent et ressuscitent sans limite. Le monde psychique de l'enfant très jeune est en pleine évolution et dominé par la toute-puissance de la pensée magique : il se pense seul au monde, responsable de tout ce qui peut arriver autour de lui et croit fermement que ses paroles suffisent à provoquer les événements. Donc si dans un moment de colère il en vient à souhaiter la mort

d'une personne et qu'effectivement cela se produit, il peut facilement s'attribuer la responsabilité de ce décès et être convaincu que son comportement a eu l'effet d'une baguette maléfique et que s'il avait été plus gentil, plus sage, plus obéissant, la personne disparue serait encore vivante.

S'il sent la tristesse des adultes il pense également très souvent qu'il y est pour quelque chose et peut être submergé par une angoisse massive face à la perte et ce d'autant plus que ses défenses ne sont pas bien organisées. Le mode de pensée magique de l'enfant interprétant des bribes de secrets peut le faire imaginer des situations bien pires que la réalité. Il est pour cela préférable de ne pas la cacher et de vérifier ce que l'enfant en a perçu.

Cette période est aussi marquée par une crainte de la contamination : la mort étant perçue comme une maladie qui se propage et peut se transmettre.

.....
« Si je vais aussi à la montagne je vais l'attraper aussi la mort ? » (Lucas, 4 ans, frère décédé lors d'un séjour dans les Pyrénées). Martine (6 ans) dont la petite sœur est décédée d'une leucémie se retrouve exclue des jeux en cours de récréation : « mes copines pensaient que je respirais la mort, que je la transportais avec moi et que si elles m'approchaient elles allaient mourir comme ma sœur. Elles ne voulaient plus jouer avec moi, elles ne voulaient même plus me parler. »

Vers 6 ans l'enfant commence à réaliser que la mort peut le toucher et concerner ses proches et il acquiert progressivement la notion que la mort est universelle et irréversible : elle est comprise comme un principe général d'évolution qui se déroule selon certaines règles de cessation des fonctions biologiques, mais il persiste encore la confusion entre la mort et un mort. « La mort c'est quand on respire plus » (8 ans) ; « c'est quand le cœur il s'arrête » (9 ans) ; « c'est comme les plantes et les animaux, les hommes meurent une fois qu'ils ont vécu et après il y en a d'autres qui naissent » (8 ans) ; « c'est normal qu'on meure, c'est la nature, parce que c'est la vie tout le monde meurt jeune ou vieux, il y a même des bébés qui

meurent, mais là c'est pas l'habitude » (8 ans) ; « la mort elle nous prend par la maladie ou par la vieillesse, mais des fois on nous la donne quand on nous tue, tu sais comme dans les guerres et les tours qui ont été détruites et qui ont tué des milliers de mondes » (7 ans).

Les questions sont, à cet âge-là, plus fréquentes car l'enfant cherche à comprendre le monde qui l'entoure et est en quête d'informations. « Le corps, il se transforme comment pour devenir un squelette ? » ; « comment on est sûr que le cœur il est bien arrêté ? » ; « pourquoi il s'arrête de battre le cœur ? » ; « il y a quoi après, une fois qu'on est mort ? » ; « quand j'ai découvert ma tatie, j'ai bien vu qu'elle était morte, il y avait des taches vertes sur son visage et elle était toute raide, son épaule et son bras étaient dans une drôle de position, coincés comme ça, son visage c'était comme un masque qui fait très peur. Dis, pourquoi ça fait comme ça quand on est mort ? »

Vers 10 ans, l'enfant a habituellement compris que la mort est irréversible et universelle et qu'elle n'a rien à voir avec ce que disent les contes de fées et les dessins animés. Les mécanismes de défenses sont plus opérants et si l'angoisse reste présente, l'enfant n'est plus submergé par l'angoisse de la perte. Ses capacités cognitives en pleine évolution lui permettent d'apprendre à composer avec la réalité, mais s'il ne se sent plus aussi directement responsable, il peut interpréter le silence des adultes comme un manque de confiance à son égard, voire un rejet.

Vers la préadolescence, la conception de la mort de l'enfant est proche de celle des adultes. Les adolescents sont particulièrement exigeants quant aux informations concernant la mort et ressentent de façon persécutive toute omission ou mauvaises indications relatives au décès.

Les réactions de l'enfant face à la mort dépendent donc de son âge, de son niveau de développement psychoaffectif, mais surtout du sens et de la perception qu'il va pouvoir donner à cet événement. La souffrance ne se manifeste pas aussi clairement que chez l'adulte : l'enfant peut ne montrer aucun signe de souffrance psychique, il peut manifester un réel détachement « ah bon... d'accord » et retourner jouer comme si de rien n'était. Il peut aussi de façon plus ou moins différée extérioriser sa peine par du chagrin, des pleurs, de la tristesse. La détresse émotionnelle de l'enfant peut également s'exprimer par de la colère, de l'agressivité (à l'égard des proches comme de la personne décédée qui l'a « abandonné »), de l'agitation, de l'anxiété, de la révolte, des attitudes de régression, des perturbations du comportement (sommeil, alimentation), des plaintes psychosomatiques.

L'enfant confronté à la mort peut jouer la mort et mettre en scène l'inconcevable de façon à tenter de se l'approprier à travers ce que nous avons décrit comme « jeux traumatiques ».

Si les capacités de transfert symbolique des enfants les amènent à élaborer leur souffrance psychique par la médiation du jeu ou du dessin, il est important de rappeler que nombre d'enfants vont réagir par un développement en faux-self et réaliser des productions qui ne laisseront percevoir aucune trace traumatique : les dessins de grands soleils, de bouquets de fleurs, de cœurs qui débordent des feuilles sont particulièrement fréquents dans les situations post-traumatiques. L'enfant sommé de « dessiner » par un adulte persuadé que l'injonction graphique est en soi thérapeutique, perçoit tous les enjeux de ce qu'il va dessiner et peut de façon plus ou moins consciente censurer sa propre souffrance pour ne pas inquiéter davantage son entourage. C'est ce que nous avons désigné par « dessin leurre » qui conduit à des productions graphiques faussement rassurantes pour les proches (Romano, 2010). Par exemple Fatoumata qui devant ses parents dessine un magnifique soleil alors qu'elle vient d'être évacuée de l'appartement

en feu où ses frères ont péri ; c'est encore Benjamin dessinant une mer avec trois poissons alors que son père vient de tuer sa mère devant lui.

Quel que soit le visage de la souffrance de l'enfant il nous faut être disponible et être à l'écoute de ce que vit l'enfant, de ce qu'il ressent pour l'accompagner sans exiger qu'il réagisse comme un adulte. La clinique de la prise en charge des enfants endeuillés permet alors de constater que le deuil chez l'enfant n'est pas identique au deuil chez l'adulte : l'enfant fait un deuil à sa manière propre en fonction de sa maturité affective, intellectuelle et en fonction de la qualité de ses relations objectales. Comparé au deuil chez l'adulte, le deuil chez l'enfant a en effet pour spécificité de survenir en période de développement psychique, affectif et physique. Si le deuil est lié au sinistre psychique de la perte ce postulat nécessite qu'il existe chez l'enfant une capacité de reconnaissance suffisante de la réalité. En-deçà le vécu de néantisation existe, mais l'élaboration de la perte n'est pas encore symbolisable. Ceci signifie que la notion de travail de deuil chez l'enfant n'est envisageable que lorsque l'enfant n'est plus sur le seul registre du principe de plaisir, mais que son niveau d'élaboration psychique l'amène à être soumis au principe de réalité et à comprendre la signification réelle de la perte et ses conséquences. Pour cela l'enfant doit être en mesure de reconnaître l'existence autonome de l'objet, la représentation qu'il a de l'objet doit être stable de façon à ce que son absence ne soit pas ressentie comme une perte définitive. Cette représentation lui permet d'être accessible à la reconnaissance de la perte de l'objet et d'être en mesure d'élaborer un véritable travail de deuil sur ces deux aspects : reconnaissance de la réalité de l'événement et modifications internes. Comme chez l'adulte, la reconnaissance n'est pas synonyme d'acceptation : nombre d'enfants savent la réalité de la perte, mais il y a toujours une part de déni des représentations et des affects ce qui explique le clivage souvent présent entre la partie du moi qui se soumet à la réalité et tente de s'y adapter et la partie qui la rejette et s'y oppose.

Comme le rappelait déjà Winnicott, Un enfant seul cela n'existe pas et quand la mort vient rompre les liens d'attachement entre l'enfant et l'autre, l'enfant endeuillé est plongé dans une agonie psychique pouvant aller jusqu'au blocage radical de ses capacités d'élaboration voire jusqu'à sa mort. Plusieurs études ont ainsi constaté que le bébé séparé précocement de sa mère pouvait se laisser mourir de détresse si aucun soin substitutif de nursing ne lui était proposé. L'expérience du deuil le confronte donc à la nécessité absolue de réélaborer sa capacité d'être seul.

Écouter l'enfant confronté à la mort, prendre en charge l'enfant endeuillé nécessite, au-delà des « repères » théoriques que nous venons de rappeler, une capacité à laisser à l'enfant la possibilité de comprendre la mort, de ressentir la perte. L'enfant sait qui il vient de perdre, mais comme le précise Michel Hanus il ne sait pas encore ce qu'il a perdu en le perdant. Quels que soient son âge et son niveau de maturation psychologique il s'agit de tenir compte de la parole de l'enfant, savoir porter attention à ce qu'il exprime verbalement ou par son comportement, savoir le laisser dire sa vérité, son ressenti sans chercher à orienter sa parole vers ce que nous souhaiterions entendre ou ce que nous présumons comme réponse.

Écouter l'enfant face à la mort c'est avant tout écouter un enfant c'est-à-dire accepter que cet enfant ne nous parle qu'en fonction de ce qu'il sent ou sait que nous sommes en mesure d'entendre.

ANNONCER LA MORT D'UN PROCHE À L'ENFANT

La mort et la disparition d'un être cher sont un bouleversement pour ceux qui restent. Toute annonce de la mort est un choc violent irrecevable pour les proches du défunt et ce d'autant plus qu'elle survient brutalement, de façon inattendue et qu'elle touche des personnes en bonne santé et non âgées.

Parler de la mort est difficile, douloureux car cela met en jeu notre propre rapport à la mort, à la vie, au corps, à nos référents culturels,

religieux, à notre vulnérabilité d'être mortel et à notre impuissance à pouvoir l'empêcher. L'annoncer est une autre épreuve qui conduit bien souvent les proches à différer ce moment lorsque des jeunes enfants sont concernés : « je vais attendre », « on lui dira plus tard », « ce n'est pas le moment »... Mais plus le proche attend, plus cela devient difficile et peut l'amener à des mensonges compassionnels qui vont vite le piéger. Et lorsque l'enfant, même très jeune, découvre qu'on lui a menti, sa perte de confiance est majeure.

.....
Joseph a 39 ans. Un matin il découvre sa femme, sans vie au pied du lit, l'autopsie révélera un accident vasculaire cérébral. Il appelle le SAMU qui confirme le décès et dans un état second prépare les enfants pour l'école, en leur expliquant « que maman part à l'hôpital. Ne vous inquiétez pas. » Âgés de 3, 7 et 11 ans, les enfants quittent le domicile sans un mot. Plus tard ils s'expliqueront, chacun à leur niveau, avoir compris que quelque chose de grave s'était passé. Submergé par son chagrin, pris par toutes les démarches à effectuer, Joseph ne parvient pas à annoncer le décès de leur maman à ses enfants lors du retour de l'école. Il les confie à la voisine avec interdiction absolue de parler de ce qui s'est passé. Au téléphone il leur répète que « maman va bien, elle est à l'hôpital ». Ce n'est que 48 heures après, qu'il accepte, avec le soutien des grands-parents, d'annoncer la nouvelle. Six mois après ce décès, il reste pour les enfants ce « mensonge de ne pas nous avoir dit ». L'espace thérapeutique leur permet de dire leur colère et leur incompréhension face à leur père ; il permet aussi à ce papa qui avait fait ce qu'il a pu, d'expliquer et de mettre des mots pour traduire ce qu'il y avait derrière ce mensonge : la volonté absolue de les protéger.

Si annoncer le décès d'un proche à un enfant est essentiel et à effectuer au plus tôt, il est important de veiller au lieu et à la personne qui annoncera. Le lieu où « ça s'est dit » reste marqué durablement de ce message funeste. Quand cela est possible, il est souvent souhaitable que l'annonce puisse se faire dans un lieu calme, qui ne soit pas trop proche de son quotidien : quand un frère, une sœur, un parent décède à l'hôpital il est préférable d'annoncer la mort à l'hôpital. Quand cela n'est pas possible et que l'annonce se fait à la maison, la pièce la plus propice est le salon, lieu de regroupement de la famille. Faire une annonce dans la chambre de l'enfant n'est pas le plus adapté car l'enfant va avoir besoin de se retrouver dans un espace rassurant et si la mort a été annoncée

dans sa chambre, c'est comme si le fantôme de l'annonce y restait et que ce lieu ne pouvait plus être sécurisant.

Les parents peuvent souhaiter annoncer eux-mêmes la mort, mais il est souvent préférable que cela soit dit par une autre personne car celui qui énonce reste durablement associé à cette mort. Chez l'enfant « c'est celui qui dit qui est », autrement dit même si celui qui annonce n'a aucun lien avec la mort, le fait même qu'il l'annonce peut laisser penser à l'enfant qu'il en a quelques responsabilités puisque c'est lui qui prononce cette nouvelle. La mort est un constat médical, et tant que possible il est donc préférable que l'annonce soit faite par un médecin. Si cela n'est pas réalisable et que c'est un membre de la famille ou le parent qui fait l'annonce il est important de bien indiquer à l'enfant la personne qui les a informés de ce décès. Donner le nom et/ou la fonction de celui qui a annoncé le décès au parent, permet de médiatiser, de créer un espace, un intermédiaire, entre le parent qui annonce et l'enfant.

Celui qui annonce se met au même niveau visuel que celui de l'enfant, c'est-à-dire véritablement à sa hauteur, en s'asseyant à côté de lui. Il le regarde et ce regard est à lui seul un lien de vie : les enfants, comme les adultes, qui voient leur état de santé s'aggraver, nous expliquent qu'on ne les regarde plus ; et c'est cette absence brutale de regard qui marque pour eux la gravité de leur état. L'annonce de la mort n'est pas dite violemment : « ton père est mort », mais elle est précédée par tous les éléments contextuels connus : « tout à l'heure à 10 heures j'ai été appelée par le collègue de papa. Ton papa a eu un accident, très grave. Les docteurs ont tout fait pour le sauver, mais c'était trop grave et ils nous ont dit que ton papa était mort. »

Donner l'ensemble des éléments connus permet à l'enfant d'avoir une idée du contexte et à celui qui annonce de pouvoir le faire le plus calmement possible. Les mots, le vocabulaire doivent être adaptés au niveau de compréhension de l'enfant. Il faut éviter tout ce qui est impersonnel comme « on nous a dit », mais nommer au moins les fonctions des personnes étant intervenues, cela participe à la réassurance. De même il est essentiel d'expliquer à l'enfant que

tout a été fait pour sauver la personne aimée : appel des secours, intervention des médecins, hospitalisation, etc.

Toutes les informations transmises à l'enfant doivent être vraies et il n'est pas question de ne rien lui dire, de lui mentir ou d'imaginer des éléments de contexte pour essayer de faciliter l'annonce. Le silence et les mensonges sont des facteurs aggravants car l'enfant finit toujours un jour ou l'autre par les découvrir avec ce jour-là un profond et durable sentiment de trahison.

La composition des familles est très variable. Face à un événement comme la mort il est souvent souhaitable dans un premier temps que l'annonce soit faite en même temps à tous les enfants puis, dans un deuxième temps, que les adultes puissent en reparler avec chaque enfant en s'adaptant à son âge, son niveau de compréhension et ses interrogations.

ACCOMPAGNER L'ENFANT FACE À SA MORT

Certaines situations font que les adultes savent que l'enfant va mourir, avec l'expression fréquente « qu'il est condamné ». Il s'agit le plus souvent de maladie. Accompagner un enfant à la mort est une épreuve insoutenable pour les parents car cela inverse totalement l'ordre de la nature. Quand la mort s'annonce, il s'agit toujours d'accompagner l'enfant, ne pas le précéder dans ses besoins, mais tenter de s'ajuster au plus près de ce qu'il veut, de ce qu'il peut vivre encore. Accepter ses exigences sans s'y perdre, ne pas répondre en miroir à ses projections agressives ou à celle de ses parents, mais aussi pour le professionnel confronté quotidiennement à ce type de prise en charge, résister psychiquement face à la répétition de ces épreuves.

Face à la mort annoncée, l'attitude des parents peut être une tentative désespérée d'évacuer le monde extérieur et de se refermer l'un sur l'autre, de retrouver la fusion, celle de la grossesse, celle des premiers jours, celle d'avant la maladie ou l'accident. Tout semble alors incommunicable et l'enfant est plongé dans une mort

psychique anticipée. Il peut alors se plaquer aux attentes de ses parents et ne plus s'autoriser à vivre, ne plus vouloir apprendre, ne plus s'intéresser à la moindre activité. Il peut se laisser mourir et nous expliquer « que c'est mieux comme ça. J'ai causé trop de souci à mes parents ; ça va les libérer d'un poids ». Il peut aussi se révolter face à la mort qui s'annonce et présenter un caractère difficile, voire agressif, que personne ne lui connaissait. Cette attitude est souvent interprétée par les parents comme une peur face à la mort, mais ce peut être aussi comme benoît, douze ans, une façon d'exprimer sa colère : « ils me disent que je ne suis pas gentil et que c'est trop dur pour eux de me voir comme ça ; ils croient que je leur en veux. Ils n'ont rien compris. Moi je n'ai pas envie de partir, la mort je ne lui ai rien demandé ; alors je ne vois pas pourquoi je devrais être cool en l'attendant. Il n'y a pas de raison que je sois content de mourir. »

Accompagner l'enfant face à la mort c'est supporter ses réactions et tenter, tant que possible, de lui laisser sa place d'enfant. La scolarité joue ici un rôle considérable aussi bien pour les enfants en fin de vie, que pour leurs parents. Lorsque le pronostic vital est engagé, certains parents refusent les cours à l'hôpital « à quoi bon, cela ne sert plus à rien, il faut le laisser tranquille ». Mais si l'enfant ou l'adolescent souhaite continuer d'apprendre, même pour quelques jours ou quelques heures, il est essentiel de ne pas le destituer de son statut d'élève et lui permettre de continuer à investir à son rythme, selon ses désirs les activités scolaires proposées.

Et dans ces situations-là, le repère à la scolarité est un soutien précieux, même si elle ne peut, bien évidemment pas se dérouler normalement. Offrir à l'enfant tant qu'il est vivant un cadre scolaire c'est le laisser s'inscrire dans la communauté des élèves, c'est jusqu'au bout humaniser sa maladie et ne pas en faire un être étranger voire monstrueux. Lorsque la mort s'approche et que l'école se limite à la visite du professeur à la maison ou à l'hôpital, l'enseignant représente à lui seul l'unique lien avec les autres enfants, l'unique regard vers une activité ayant un sens et autorisant l'ouverture au monde du savoir. Les enfants en fin de vie nous

apprennent ce que les livres ne nous apprennent pas, ils nous interrogent par leur volonté d'apprendre jusqu'au bout de leurs forces sur le sens des apprentissages et nous font réfléchir au symbolisme des acquisitions.

.....
Estelle a 5 ans. En soins palliatifs, elle supplie ses parents de demander à la maîtresse de l'école de lui apprendre à lire. Pour ses parents « à quoi bon ? Cela ne sert à rien... ça va la fatiguer... c'est du temps perdu ». Ils ne comprennent pas le sens que cette envie de lire, a pour leur petite fille. Cette motivation lui permet « de rester vivante... Je ne suis pas encore tout à fait morte ».

Vivre au contact de la mort est une expérience terriblement difficile pour la famille, pour les soignants, pour tous les professionnels qui accompagnent l'enfant, puisqu'il s'agit de maintenir jusqu'au bout l'enfant dans son histoire, dans son développement et continuer à investir la vie tels que les petits plaisirs et les gestes quotidiens. Cette indicible épreuve est pourtant l'ultime attention portée à l'enfant pour lui permettre de rester, jusqu'à la fin, un enfant.

L'enfant reste souvent seul, face à ce qu'il a compris, ce qu'il décrypte dans le changement d'attitude de ses parents et des soignants : « ils ne me regardent plus... l'infirmière avant elle plaisantait, maintenant elle ne dit plus rien, et se dépêche de faire les soins. » Les enfants qui peuvent être accompagnés, préparent leur départ avec la volonté de surtout ne pas être oublié. Ils peuvent laisser des dessins, des messages, et leurs proches peuvent les rassurer sur le fait qu'ils sont là, bien présents avec eux et qu'ils ne les abandonnent pas. Ils s'inquiètent aussi pour leur corps : « vont-ils souffrir ? », « que va-t-il se passer ? », « que va-t-on lui faire ? », « où ira-t-il ? ».

Ils ont besoin d'être rassurés sur le fait que leur vie, même si elle a été courte, n'a pas été une vie pour rien. C'est un ultime appel à l'amour de ses parents et de ses proches que lancent bien des enfants en fin de vie. Autrement dit : rassurez-moi, dites-moi encore un peu combien vous m'aimez, combien je compte dans votre vie ; dites-moi que vous ne m'oublierez pas. Ces derniers moments sont aussi bien souvent un temps de réconciliation vis-à-vis de soi-même,

mais aussi de ses proches lorsqu'il y a eu des tensions ou des conflits.

Pour ses ultimes moments de vies, l'enfant a besoin de ses parents auprès de lui, de ses « vrais parents » comme nous l'explique Benoît. Pas des parents figés, distants et déjà morts pour l'enfant ; mais des parents vivants et présents dans leur authenticité.

Savoir laisser mourir un enfant, c'est aussi savoir le laisser vivre pour qu'il s'organise, s'autonomise, s'inscrive dans son histoire... jusqu'au bout.

PETIT BÉBÉ, PETIT DEUIL ?

Les bébés sont souvent tenus à l'écart des annonces de décès, même lorsque c'est leur mère qui vient de mourir. S'ils ne peuvent pas comprendre comme un enfant plus grand ce qui vient de se passer et ce que cela représente, il vit, à son niveau tous les bouleversements violents de cette perte. Il cherche sa mère, son odeur, ses câlins, sa sécurité. Lui parler permet d'éviter le secret entre lui et l'adulte chargé de sa prise en charge et cela autorise cet adulte à rester disponible pour l'enfant, à le soutenir et à le sécuriser. Assurer au plus vite une continuité dans les soins (repas, toilette, objets familiers), trouver un adulte-relais qui pourra le rassurer, lui parler, le câliner, lui parler de celui qui n'est plus là, lui permettront de grandir sans être blessé davantage.

Une autre situation concernant les bébés est celle du décès du bébé en cours de grossesse ou juste au moment de la naissance. Ces deuils sont d'autant plus douloureux que les grossesses sont aujourd'hui très investies, attendues et que les fratries sont impliquées très tôt dans l'attente de cette naissance. Quand les enfants ont été informés de la grossesse et que celle-ci se passe mal, il est important que les parents mettent des mots sur l'absence du bébé. Cela leur permet de ne pas rester dans le vide ; de comprendre que papa et maman sont tristes et de ne pas s'attribuer la responsabilité de ce décès. Une différence importante aura lieu

selon la période de la grossesse et selon les causes, connues ou non, du décès. Actuellement (mais la législation évolue), si le bébé décède *in utero* après 22 semaines d'aménorrhée, il peut être inscrit dans l'état civil, nommé, les parents bénéficient du congé de maternité et paternité ; ils peuvent récupérer le petit corps pour organiser ses obsèques. Mais si le décès survient avant ces 22 semaines, aucune reconnaissance administrative n'est possible ; aucun congé de maternité ou de paternité ; l'enfant ne peut pas être nommé officiellement, le corps ne peut pas être récupéré et ce sont les hôpitaux qui s'en occupent, le plus souvent par une incinération et une dispersion des cendres dans ce qui est souvent appelé « le carré des anges ». Pouvoir nommer l'enfant facilite son inscription dans l'histoire familiale. Cela est précieux pour ses parents, mais aussi pour les frères et sœurs. Lorsque cela n'est pas possible les parents peuvent l'expliquer avec des mots simples à leur enfant, par exemple : « le bébé était trop petit pour vivre. On ne sait pas vraiment ce qui s'est passé (ou les médecins nous ont dit que c'était à cause de...) et pour les tout petits bébés, c'est l'hôpital qui s'en occupe. » Les enfants, surtout les plus jeunes peuvent craindre que la mort de ce bébé n'entraîne la mort de leur mère ou qu'elle ait abîmé son corps. La maman doit alors les rassurer et leur expliquer que même si c'est rare, il peut arriver que des bébés n'arrivent pas à naître, et que cela ne veut pas dire qu'elles vont aussi mourir. L'attention des proches est ici primordiale pour soutenir la maman, mais il reste de nombreuses méconnaissances et déni de la réalité de cette douleur et les parents se retrouvent souvent seuls face à leur chagrin. Il n'y a pas et il n'y aura jamais de petit deuil.

Chapitre 7

Comment parler des drames à l'enfant ?

NOUS AVONS DÉCRIT tous les enjeux à l'œuvre dans ce type de situation et toute l'attention à porter aux enfants, petits et grands. Mais comment leur en parler ? S'il s'agit d'événements privés, les proches peuvent se sentir plus ou moins concernés, mais du fait de l'évolution technologique, les enfants sont aussi exposés, quotidiennement, à d'autres drames. Lors de catastrophes et de drames particulièrement médiatisés, l'impact sur la population peut être important et les enfants peuvent en devenir réellement des victimes collatérales. L'actualité récente met en exergue des drames toujours plus sordides : assassinats familiaux, trois jeunes sœurs fauchées sur l'autoroute, 35 morts sur un bateau de croisière, 28 morts dans un bus scolaire de retour d'un centre de vacances, enlèvement et assassinat d'enfants, tuerie de militaires en pleine rue et exécution de trois enfants et d'un adulte dans un établissement scolaire à Toulouse, dépeceur de Montréal, etc. Ces situations dramatiques ont pour spécificité d'entraîner une couverture médiatique importante et de véritablement contaminer les personnes informées de tels drames. Des enfants ont été victimes directes de ces drames : tués, blessés, témoins visuels, enfants endeuillés par la mort d'un parent ou d'un frère ou d'une sœur. D'autres ont été exposés, via les images, à la violence de ces événements.

Comment parler à l'enfant ?

Il est ici essentiel de rappeler qu'un enfant seul n'existe pas. Pour grandir, se sentir en sécurité, comprendre le monde extérieur, l'enfant a besoin de l'autre et tout particulièrement de ses proches. Les prises en charge d'enfants exposés directement à des événements traumatiques nous permettent de constater que ce n'est pas tant la gravité du drame qui fait impact traumatique dans la vie psychique de l'enfant que les réactions de son entourage. Quand l'enfant se sent incompris, rejeté, abandonné par celui censé le protéger, l'effondrement psychique peut être majeur et venir amplifier les troubles post-traumatiques éventuels. Il s'agit pour l'adulte de rester disponible psychiquement pour l'enfant, c'est-à-dire d'être en capacité de contenir sa détresse, de le soutenir, de le rassurer, de le protéger, de ne pas tenter de dénier la violence de ce qu'il a pu ressentir et de l'accompagner. Mais nous l'avons rappelé il peut être difficile voire totalement impossible de rester disponible pour l'enfant, surtout lorsque l'adulte est lui-même exposé à l'événement traumatique et psychiquement blessé. Du côté des proches moins exposés et des professionnels, la principale difficulté est liée à la méconnaissance des conséquences psychotraumatiques sur l'enfant (Bailly, 1996), en particulier pour le bébé et les très jeunes enfants qui n'ont pas les mêmes modalités d'expressions post-traumatiques que les plus grands (Baubet et Moro, 2005 ; Romano, 2010) ; cela peut conduire à une banalisation voire à un déni de la réalité de l'existence du trauma chez l'enfant, comme en témoignent les réflexions du type « il est trop petit pour comprendre », « il va oublier » « cela ne sert à rien de lui en parler, il ne peut pas comprendre » (Romano, 2010). L'enfant, aussi jeune soit-il, n'est pas un mollusque. Même s'il n'a pas les capacités cognitives et la maturité affective d'un adulte, nous avons rappelé qu'il perçoit les bouleversements autour de lui et peut être durablement blessé psychiquement par les réactions de son entourage.

Face à un événement traumatique, l'enfant a besoin de retrouver la confiance en lui et en l'autre à un moment où tous ses repères, toutes ses croyances ont été mises à mal, voire anéanties par l'événement (Cyrulnik, 1999 ; Manciaux, 1998 ; Romano, 2010). Les

termes le plus souvent utilisés pour désigner ces adultes sont ceux de tuteurs de résilience, de développement, d'adultes transitionnels. Lorsque l'enfant bénéficie de proches en capacité de rester psychiquement disponibles pour lui, il peut se réinscrire dans un réseau d'appartenance humanisant où son histoire traumatique sera un temps de sa vie, mais ne réduira pas sa vie à cet événement, aussi dramatique soit-il (Delage, 2002 ; Romano, 2011).

Nous avons déjà présenté les modalités de prise en charge des enfants exposés à un événement traumatique (Romano, 2006, 2009, 2011) et nous souhaitons ici centrer notre propos sur la prise en charge des enfants directement témoins. Pour illustrer notre propos nous prendrons l'exemple de ce qui s'est passé suite aux tueries de Toulouse et de Montauban. L'impact émotionnel a été très fort lorsque des enfants ont été tués et lorsqu'ils l'ont été dans une école, lieu de vie et non de mort. Même si cet établissement était confessionnel, l'identification projective a été massive, et les témoignages de nombreux parents habitant à des centaines de kilomètres l'ont prouvé : « cela aurait pu arriver à nos enfants ». La couverture médiatique sans précédent a conduit à un contexte de terreur et d'insécurité, à grand renfort de détails morbides des tueries. Elle a entraîné un court-circuitage élaboratif, l'information étant donnée en temps réel, sans aucun recul de la part des journalistes, conduisant parfois à des précipitations explicatives (Romano & Crocq, 2010). Le sujet, pour comprendre, a besoin de temps, d'espace pour traduire des informations et en faire un récit ; et ce, d'autant plus, qu'elles paraissent impensables. L'immédiateté de la transmission d'images et de témoignages détruit tout espace réflexif pour les spectateurs, qui les subissent, passifs derrière leur écran. Si les adultes sont en difficultés pour comprendre les images et supporter leur violence, l'enjeu est d'autant plus important pour les enfants qui n'ont pas les mêmes ressources cognitives et représentationnelles que l'adulte. Des milliers d'enfants sont restés face aux écrans et radios, allumés sans fin dans les domiciles. Les adultes bouleversés n'ont pas toujours réalisé l'impact que ces images pouvaient avoir sur leurs enfants. Pour exemple, pour les

petits, qui n'ont pas les capacités cognitives des adultes, ce n'est pas un tueur qu'ils ont vu, mais des centaines, comme autant d'images diffusées. Pour les plus grands, l'accumulation d'interviews et d'avis, parfois contradictoires sur le contexte, le profil du mis en cause et ses motivations, a pu entraîner une réelle confusion et une insécurité sur « qui croire ? que croire ». Sans compréhension des faits, aucun décryptage n'est possible et l'image peut devenir traumatique en tant que telle et créer une intrusion psychique durable. Elle peut aussi réactiver d'autres événements traumatiques personnels antérieurs ou d'autres expériences de désastre relationnel vécues par l'enfant.

L'instauration d'une minute de silence, si elle peut s'entendre pour les adultes, dans un tel contexte d'émotion collective pour restaurer une cohésion nationale, reste discutable pour les enfants en particulier les plus jeunes. L'instaurer par une injonction politique, imposée sans aucun repère aux professionnels pour les aider à la mener à bien, peut conduire à des non-sens et majorer la détresse d'enfants et d'adolescents confrontés aux difficultés de leur enseignant chargé de l'effectuer.

Si le jeune enfant ou l'adolescent reste seul face aux images et aux procédures imposées, si aucun adulte ne prend le temps de lui en parler, de les décrypter AVEC lui, il restera seul face à ses croyances, ses interrogations et ses peurs. Selon ses ressources antérieures, il pourra ou non résister et ne pas s'effondrer face à la violence des faits ou des images. Sans adulte pour prendre soin de lui et s'ajuster à lui, l'enfant n'aura d'autres recours, pour survivre psychiquement, que de tenir à distance les faits traumatiques. Ce clivage résilient se traduit par le fait qu'une partie de l'enfant tient compte du réel, tandis que l'autre le dénie. Face à la banalisation voire au déni de son entourage, ce processus adaptatif, très coûteux, permet à l'enfant de ne pas s'effondrer psychiquement face à un environnement incapable d'entendre sa détresse. Il survit au prix du silence sur son passé. Ceux qui semblent se dégager plus facilement de l'impact traumatique, ont bénéficié d'un entourage qui a su rester disponible, c'est-à-dire qui a pu reconnaître la réalité de

leur vécu, ne pas la réprimer et ne pas les condamner au clivage résilient.

À ÉVITER...

- l'injonction à parler : l'abréaction en immédiat peut être hautement traumatogène si la parole est forcée et l'enfant obligé de parler ;
- la déculpabilisation compassionnelle (« ce n'est pas de ta faute », ce qui revient à dénier la croyance de l'enfant et ce qu'il tente de mettre en place pour donner sens à l'événement. Cela détruit le lien de confiance qu'il y avait avec l'adulte ; l'enfant constatant que l'adulte ne le comprend pas) ;
- la fausse réassurance (« ne t'inquiète pas ça va aller ») ;
- la banalisation (« il y en a eu d'autres avant toi ») ;
- la dramatisation (« c'est horrible, c'est une tuerie ») ;
- le déni (« il est trop petit » ; « il ne peut pas comprendre », « il ne faut pas lui en parler pour ne pas le traumatiser davantage »).

À PRIVILÉGIER...

Il s'agit avec beaucoup d'humilité et d'attention, de s'ajuster à l'enfant, c'est-à-dire partir de ce qu'il a compris de ce qui s'est passé, sans se précipiter sur nos propres interprétations et certitudes :

- s'assurer que l'enfant n'est plus directement exposé à ce qui peut l'avoir traumatisé ;
- avoir du temps et prendre tout le temps nécessaire pour ne pas mettre de pression sur l'enfant ;
- ne pas multiplier les adultes autour de lui au moment de l'annonce ;
- adapter son vocabulaire avec des mots simples, rester factuel, sans chercher à aggraver le caractère dramatique de la situation ;
- si l'enfant pose une question, ne pas se précipiter pour lui répondre, mais lui demander ce qu'il pense lui. Aucune question n'est gratuite, l'enfant a toujours élaboré une théorie et si l'autre se presse à lui répondre sans chercher à comprendre ce qu'il a élaboré comme croyances, il sera bien souvent totalement à côté de ce que l'enfant a compris ; ce non-ajustement à l'enfant conduit au fait que l'adulte n'est plus alors capable de le comprendre ;
- demander à l'enfant ce qu'il a compris, ce qu'il a vu, ce qu'il pense, sans l'obliger à parler s'il ne le veut pas ;
- rester disponible car il est fort possible que l'enfant souhaitera en parler plus tard ;
- restaurer le sentiment d'appartenance en parlant des autres enfants sans cibler d'emblée sur l'enfant concerné (« quand je pense à ce qui t'est arrivé, je pense à d'autres enfants qui ont vécu des choses comme toi, et je me disais que... »). Parler de l'autre peut permettre à l'enfant d'avoir un support élaboratif plus accessible que s'il était contraint de parler de lui ;

- mettre des mots sur ses propres émotions pour permettre à l'enfant de comprendre qu'il n'est pas responsable de la détresse de ses proches, mais que celle-ci est liée à l'événement. Mettre des mots sur ses propres émotions permet de les contenir et autorise aussi l'enfant à s'exprimer ;
- comprendre que beaucoup d'enfants adoptent une attitude en faux self, hyperadaptée aux attentes de ses proches, c'est-à-dire qu'ils veillent à ne pas les inquiéter davantage, à ne pas s'exprimer par crainte de ne pas être crus, d'être jugés pour ce qu'ils pensent ;
- proposer aux parents des espaces pour échanger avec des professionnels formés à la question du psychotraumatisme de l'enfant et qui pourront leur apporter des éléments de repérages en immédiat et en différé sur des troubles éventuels.

Pour « soigner malgré tout » (Baubet et Moro, 2005), rester un « parent malgré tout », il nous semble essentiel de s'ajuster à l'enfant exposé à l'événement traumatique, qu'il soit directement exposé ou indirectement via les médias. Sans cet accompagnement, le risque est que l'enfant reste seul face au trauma avec d'inévitables conséquences sur la qualité de ses relations avec ses proches et sur son devenir.

Chapitre 8

Quelles sont les ressources possibles pour l'enfant ?

LES RÉACTIONS DE L'ENFANT face au trauma sont multiples. Selon son âge, son niveau de développement, ses ressources antérieures, son niveau d'exposition, les réactions de son entourage, le dispositif de prise en charge sera à adapter. Il nous semble cependant possible d'envisager au moins deux temps dans la prise en charge, le temps de l'urgence n'étant pas celui du différé.

Avant d'envisager les prises en charge il nous semble ici important de rappeler un terme souvent utilisé dès qu'il s'agit d'envisager le devenir des enfants victimes et aux cours des objectifs de prises en charge ; à savoir le terme de résilience.

TRAUMA ET RÉSILIENCE

Face à l'horreur vécue par des enfants, il n'est pas rare que la référence au concept de résilience soit utilisée pour se rassurer sur les conséquences à venir. La résilience définie comme « la capacité à réussir de manière acceptable pour la société en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative » (Vanistandael, 1996) est une notion qui peut être rapidement paradoxale : elle permet de valoriser les ressources individuelles de chacun pour surmonter les dommages subis. Mais l'interprétation rapide de ce concept conduit à de nombreuses

dérives qui consistent à penser que l'enfant pourrait tout endurer « grâce » à cette fameuse résilience. Une plus juste lecture des apports de la résilience (Cicchetti & Rogosh, 1997 ; Rutter, 1993 ; Cyrulnik, 1999, Hanus 2001), témoigne que face à un événement traumatique, l'enfant est en mesure de mobiliser ses ressources internes en fonction de la qualité antérieure des processus interactionnels avec son entourage et des réactions de ses proches consécutives à l'événement. Autrement dit l'hypothèse est que si l'enfant traumatisé a, au préalable, bénéficié d'interactions rassurantes et structurantes et s'il se trouve rapidement pris en charge par des adultes en capacité d'être des tuteurs de développement, les conséquences traumatogènes seront moindres que si l'enfant se retrouve seul au monde et sans ressources antérieures. Ce que Bowlby décrivait déjà lorsqu'il expliquait : « il nous faut toujours penser en fonction d'interactions et des transactions qui surviennent constamment entre une personnalité en développement permanent et son environnement et notamment avec les personnes qui l'entourent » (Bowlby, 1992). La mobilisation des ressources et capacités personnelles de l'enfant est donc liée non seulement à ses capacités personnelles, mais également aux facteurs environnementaux.

La résilience n'est pas l'oubli. Et un traumatisme ne se répare jamais, celui qui le subit doit apprendre à vivre avec et à l'apprivoiser. Dans le contexte actuel de la psychologie cognitive qui laisse penser que tout est facile à vivre, même les pires horreurs, ces deux fondamentaux sont essentiels à rappeler. Trop d'enfants victimes devenus adultes s'effondrent car ils sont submergés par leurs troubles avec l'impression de devenir « fous » car ils lisent et entendent sans cesse qu'ils devraient être résilients et passer à autre chose. La réalité des enfants traumatisés, ce n'est pas cela. Il y a des hauts et des bas, des moments d'intense désespoir et des périodes où la vie reprend ses droits. Il est essentiel ne de pas mentir ou leurrer les enfants traumatisés, (qu'ils soient ou non devenus adultes) en leur laissant croire qu'un médicament, ou une

thérapie miracle en quelques séances va leur permettre d'effacer leur passé. Cela les anéantit plus qu'autre chose.

La résilience est ainsi un processus qui s'inscrit dans le temps : elle permet en immédiat de dégager les ressources qui permettront de survivre, mais c'est aussi en différé, un processus qui permettra à l'enfant d'utiliser ses expériences passées d'enfant traumatisé pour affronter les autres épreuves douloureuses de la vie.

Face à l'adversité certains s'effondrent, d'autres résistent et d'autres surmontent. Le potentiel résilient s'exprime donc différemment selon les sujets. Les facteurs d'ordre psychodynamique, psychosocial, comportemental, génétique et intellectuel, interviennent. La résilience peut être ainsi entendue comme un processus psychique dynamique, en perpétuels remaniements et qui s'inscrit selon un axe intrapsychique et un axe intersubjectif. L'axe intra-psychique comprend :

- la capacité de mobilisation des processus de pensée, d'élaboration et de mise en récit des sensations, émotions et perceptions consécutives au traumatisme ;
- la capacité de compréhension face à ses propres réactions et les compétences cognitives ;
- la reconnaissance de sa propre compétence et de sa propre valeur et les compétences émotionnelles ;
- la conscience des relations interpersonnelles et la capacité à développer les compétences relationnelles et à solliciter de l'aide ;
- la capacité de mobilisation de mécanismes adaptatifs (créativité, humour, charisme).

L'axe inter-subjectif comprend :

- l'existence de figures d'attachement *secure* préalables solides ;
- la « trouvaille » de tuteurs de résilience dans l'entourage suite à l'événement traumatique ;
- la mobilisation des liens familiaux ;
- la mobilisation des liens environnementaux (par exemple réseaux sociaux, expérience de réussite scolaire, liens amicaux).

L'objectif de la prise en charge en contexte traumatique va donc être, en particulier, de favoriser le travail de résilience par le renforcement de ces deux axes.

PRISE EN CHARGE EN IMMÉDIAT

L'intervention médico-psychologique immédiate, au plus près de l'événement traumatique nécessite en priorité de s'assurer que l'enfant n'est pas blessé physiquement. Il s'agit ensuite de repérer s'il est ou non en état de stress dépassé et le protéger de tout risque supplémentaire (par exemple un enfant en état d'inhibition stuporeuse qui serait en incapacité de se mettre à l'abri d'un incendie). Il est très important de le protéger, tant que possible, du bruit et des images traumatiques, susceptibles de marquer sa mémoire. Ensuite, il s'agit d'évaluer les troubles éventuellement exprimés par l'enfant en immédiat, de repérer les facteurs de risque et de protection, afin de proposer la prise en charge la plus adaptée à l'enfant. Lorsque l'événement traumatique fait effraction dans la vie d'un enfant, il contamine aussi l'espace psychique intersubjectif et participe à la mise à mal des liens fraternels, des liens familiaux et des liens institutionnels. L'événement traumatique a cette dimension de tryptique traumatique (Romano, 2003), c'est-à-dire que les conséquences sont à envisager au niveau de l'enfant traumatisé, mais également de son entourage familial (fratrie, parents) et de l'institution ou du groupe social dont il fait partie (école, centre de loisirs, etc.). Intervenir au plus près de l'événement traumatique nécessite donc de s'adapter à chaque situation, en offrant à l'enfant et à sa fratrie un espace où la parole de l'enfant ne sera pas qu'un simple récit, mais une reconstruction de ce qu'il peut et veut dire de ce qu'il a vécu.

Dans cette perspective et dans les situations où les parents ne sont pas mis en cause, notre expérience des prises en charge immédiates nous amène à constater qu'il est souvent précieux, pour l'enfant, d'avoir un temps de prise en charge en dehors de ses

parents et des adultes de son entourage, afin de pouvoir exprimer librement ses émotions, sans crainte d'être jugé, sans craindre de blesser ou d'effrayer l'autre. S'ils restent en présence de leurs parents ou d'adultes proches, nous constatons très souvent que les enfants, d'eux-mêmes, s'autocensurent et ne s'expriment pas librement. Concernant la fratrie, les enjeux sont différents selon le contexte. Selon la place de la fratrie au moment de l'événement, ce temps peut s'inscrire dans le cadre d'entretiens individuels (un des membres de la fratrie totalement absent de l'événement) ou d'interventions auprès de la fratrie (frères et sœurs ayant vécu le même événement). Lorsque l'ensemble de la fratrie a été directement exposé à l'événement il est fréquent que les enfants souhaitent rester ensemble lors du premier temps de la prise en charge. Cette volonté est à respecter pour ne pas que la fratrie se sente agressée par une séparation qui n'aurait pas été préparée. Dans un second temps, en différé, les enfants sont informés qu'ils pourront être vus seuls ou ensemble et le plus généralement des temps individuels peuvent être organisés.

En immédiat les prises en charge sont donc dans un premier temps consacrées à l'enfant (avec ou sans sa fratrie) et les parents, puis, un second temps où les enfants sont reçus seuls, pendant que les parents se voient également proposer une prise en charge individuelle. Enfin le troisième temps de restitution réunit l'ensemble de la famille. Les temps d'expression exclusivement dédiés à l'enfant, à l'adolescent, permettent de dire les symptômes, la peur de devenir fou, la peur de mourir, la culpabilité de n'avoir pu changer les choses, la culpabilité d'avoir dit, d'avoir fait certaines choses, la responsabilité des adultes, la colère à l'égard des adultes, les sentiments d'abandon, d'impuissance, la peur de la punition, de la vengeance, la crainte de l'avenir. Tout enfant parle en fonction de ce qu'il sent ou sait que l'autre peut entendre ; s'il perçoit chez les adultes une détresse importante, des réactions de dégoût, une incompréhension de ce qu'il vient de vivre, des manifestations de dénégation ou de banalisation, l'enfant ne parviendra pas à se dégager de l'effroi traumatique et ne se libérera pas « de ces images

qui font peur dans [l]a tête, de ces fantômes qui emprisonnent [l]a tête ». Cet espace est donc indispensable pour montrer à l'enfant que les émotions peuvent être exprimées sans danger et que cela aide à ne pas être débordé par elles.

Le premier temps de prise en charge en immédiat correspond à une période d'accueil, dans un espace rassurant et le plus calme possible : ainsi, lors des accueils médico-aéroportuaires (Baubet, 2006 ; Romano, 2010), des tentes sont installées dans l'aérogare pour offrir aux enfants, comme aux adultes, un espace d'écoute préservé tant que possible des bruits extérieurs.

Notre pratique nous incite à informer de ce que nous nous sommes déjà occupés d'enfants, de personnes ayant vécu le même type d'événements. Il nous semble essentiel de faire comprendre, à l'enfant comme aux adultes, notre capacité à entendre réellement ce qu'ils ont à dire, quelle qu'en soit l'horreur, quel qu'en soit le caractère incroyable. Ce travail consiste à conduire l'enfant et ses proches à faire l'hypothèse d'un savoir chez le soignant, qu'il sait quelque chose de ce dont il souffre, ce qui autorise l'enfant à sortir de l'isolement absolu, dans lequel le traumatisme l'a placé, ce qui l'autorise à s'exprimer sans craindre de blesser ou d'effrayer son interlocuteur, ce qui l'autorise à parler sans la terreur d'être perçu comme « pas normal », « plus comme les autres », « dégoûtant », « fou ».

Ce premier lien va rendre possible, dans un second temps, l'élaboration de l'expérience traumatique, puisque l'enfant comprend soudain que l'autre peut savoir quelque chose de ce qu'il a vécu et qu'il pensait impossible à communiquer autrement que comme une force autodestructrice. Mais il est tout aussi important de faire comprendre à l'enfant qu'il sait quelque chose de ce dont il souffre, même si, pour l'instant, il lui est difficile de mettre des mots sur ses ressentis.

Cette prise en charge immédiate nécessite également de s'adapter aux modalités d'expression infantile en proposant à l'enfant d'autres supports que la parole. Lorsque l'enfant joue, raconte, dessine, il met en scène ses émotions, traduit l'angoisse réveillée par

l'événement traumatique et donne à voir ou/et à entendre les mécanismes qu'il utilise pour l'intégrer dans son univers et le rendre plus acceptable. Quel que soit l'outil investi par l'enfant (dessin, pâte à modeler, livres, peluches, poupées), ce n'est qu'un « support de sens », un exutoire du surcroît d'excitations déclenchées par le traumatisme, un intermédiaire obligé entre les traces mnésiques, représentations choses et l'objet où il va pouvoir figurer ce qui constitue un symptôme, c'est-à-dire ce qui vient en place de ce qui ne peut pas se dire. Le professionnel ne reste pas muet par rapport à ces productions, mais intervient comme un co-participant et propose son ressenti ; cette approche réintroduit la temporalité et fait redémarrer chez l'enfant ou l'adolescent sa capacité de symbolisation et d'énonciation personnelle.

L'objectif de ce temps de prise en charge, qu'il soit ou non individuel et qu'il s'étaye ou non sur des supports de médiation, est d'offrir à l'enfant un espace pour décrypter l'impact traumatique, réinscrire dans le champ du symbolique les traces traumatiques et faire qu'elles soient désormais pensables et nommables. Ce temps de l'immédiat permet également d'évaluer l'état du fraternel et d'envisager les ressources qui vont être ou non disponibles, pour restaurer le lien fraternel.

L'événement traumatique est un moment de rupture, un temps hors temps : la prise en charge en immédiat permet de limiter ce temps de rupture en réinscrivant l'événement traumatique dans une temporalité contenante. Dans cette perspective, nous concluons l'intervention en rappelant aux enfants qu'ils peuvent solliciter notre aide à tout moment ou celle d'un autre professionnel et que certains troubles peuvent apparaître avec un certain délai :

« Maintenant, nous allons arrêter l'entretien. Ta vie ne se réduit pas à ce qui vient de se passer [rappel du type d'événement]. Tu avais ta vie avant et tu auras ta vie après... ta vie, c'est celle d'un garçon/d'une fille qui va à l'école, qui voit ses copains, qui fait ses activités... Peut-être que tu penses que, de parler de ce qui s'est passé, cela empêche d'oublier ou peut-être que tu penses qu'en parler, ça va faire revenir toute la peur, toute la douleur... Je voudrais juste te dire une dernière chose : peut-être que tu vas rester longtemps sans y penser, plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois et peut-être qu'un jour, quand tu grandiras, que certaines images reviendront, que cette histoire que tu pensais oubliée, viendra t'envahir la tête, te

réveiller la nuit... si cela t'arrive, c'est normal. Cela arrive souvent qu'on ne pense plus à certaines choses, pendant longtemps, et qu'elles finissent un jour par revenir à la mémoire : cela veut dire que ton corps se souvient, qu'il n'a pas oublié. Ce jour-là, peut-être que tu auras envie d'en parler. »

PRISE EN CHARGE EN DIFFÉRÉ

Plusieurs jours, plusieurs mois après l'événement, la prise en charge de l'enfant permet de repérer les processus psychiques à l'œuvre et en particulier les éventuels troubles post-traumatiques. Il s'agit aussi et surtout de prendre soin de l'enfant au sens de l'accompagner, de le soutenir et de le restaurer psychiquement et dans ses capacités relationnelles (la racine indo-européenne du terme soin, *Sini*, signifie d'ailleurs « compagnon de route »). Ces prises en charge peuvent s'organiser individuellement ou avec la fratrie, avec un lien régulier avec les *care givers*. Elle ne peut pas s'envisager de manière linéaire et nécessite une réelle souplesse pour s'ajuster à l'évolution de l'enfant, à la temporalité traumatique et au contexte car elle amène à prendre en charge des situations où peuvent s'intriquer des troubles liés aux réactions post-traumatiques, d'autres liés au deuil et d'autres liés aux bouleversements de leur quotidien (changement d'école, de lieux de vie, d'adultes de référence). Il est aussi important de ne pas oublier que l'intentionnalité criminelle (inceste, meurtre familial, violences volontaires par des pairs) détruit les croyances infantiles en la toute protection parentale et attaque durablement la filiation, ce qui nécessite au niveau thérapeutique de penser la restauration de lien *secure* vis-à-vis du monde extérieur. Nous savons combien la souffrance psychique des enfants victimes est alors majorée quand les proches sont les mis en cause et les auteurs ; mais aussi quand, non mis en cause directement, ils se positionnent du côté du mis en cause (exemple des mères dont un enfant est victime d'inceste et qui reproche à son enfant d'avoir révélé en se plaçant du côté de l'auteur).

Pour évaluer au mieux la situation de l'enfant, Zeanah propose de prendre en compte huit points essentiels :

1. L'enfant vit-il actuellement dans un lieu sûr ? Toute menace est-elle écartée ?
2. Âge et niveau développemental au moment du trauma et au moment de l'évaluation.
3. Environnement affectif avant le trauma et depuis. Y a-t-il des adultes qui peuvent (a) lui porter une attention suffisante et (b) répondre à ses besoins (par exemple qui n'en soit pas eux-mêmes trop affectés par un deuil ou un trauma) ?
4. Type d'événement traumatique et blessures éventuelles de l'enfant ou de ses proches.
5. Caractères temporels du trauma : événement unique, répété, continu.
6. Proximité des événements avec l'enfant : a-t-il été témoin ou victime directe, des personnes affectivement investies ont-elles été victimes, ou ont-elles perpétré les violences ?
7. Symptômes post-traumatiques ou autres apparus depuis chez l'enfant et sa famille, évolution de ces symptômes ?
8. Facteurs de protection chez l'enfant et sa famille. Par exemple : capacité de l'enfant à jouer, à exprimer sa peur, à solliciter de l'aide, capacité de sa famille à l'écouter et à le rassurer.

Ces temps de prise en charge nécessitent une inventivité du côté des intervenants pour mettre à disposition de multiples supports de médiation que l'enfant pourra investir selon ses ressources (photos, pâte à modeler, supports graphiques, blason individuel ou familial, mandala, jeux de rôle, marionnettes, génogramme, jeux de l'oeil systémique [Caillé et Rey, 1994], etc.). Notre approche thérapeutique a pour objectif de valoriser les capacités résilientes de l'enfant pour restaurer sa confiance en lui-même, en l'autre et au monde extérieur. La restauration du sentiment d'appartenance et d'une base de sécurité interne suffisante pour se dégager du trauma et se réapproprier sa propre histoire, nécessite de prêter attention à ses propres ressources, mais également à renforcer la résilience familiale et communautaire.

Notre approche thérapeutique a pour objectif de valoriser les capacités résilientes de l'enfant pour restaurer sa confiance en lui-même, en l'autre et au monde extérieur. La restauration du sentiment d'appartenance et d'une base de sécurité interne suffisante pour se dégager du trauma et se réapproprier sa propre histoire, nécessite de prêter attention à ses propres ressources, mais également à renforcer la résilience familiale et communautaire.

Le thérapeute est ici un adulte transitionnel, celui par qui « ça peut parler », celui qui apporte une fonction contenant, après-excitatrice et réflexive permettant la mise en sens du vécu traumatique.

Ces prises en charge à distance de l'événement nécessitent de penser la temporalité traumatique, en acceptant que certains troubles puissent s'exprimer en immédiat alors que d'autres ne se manifesteront qu'à distance. Nous avons ainsi repéré certaines périodes où la souffrance traumatique est susceptible d'être réactivée longtemps après les faits :

- la procédure (audition, reconstitution, confrontation) ;
- le procès (lorsque le père n'est pas mort) ;
- l'adolescence ;
- l'âge qu'ils atteignent adultes et qui correspond à celui de leur parent décédé ;
- l'âge de leur propre enfant qui coïncide à celui qu'ils avaient au moment des faits.

Il est important de sensibiliser les proches à la possibilité de ces périodes possibles de reviviscences, pour qu'ils puissent y être particulièrement attentifs et qu'ils osent solliciter l'aide d'un professionnel, même des années après l'événement.

Un des principaux facteurs de résilience est le fait que les manifestations post-traumatiques soient reconnues par l'entourage et qu'elles puissent être élaborées par l'enfant et ceux chargés de le prendre en charge. Le déni de la réalité de la souffrance psychique consécutive au trauma, la banalisation voire la remise en cause de la réalité des faits est une cause majeure de survictimisation.

C'est aussi le regard porté sur ces enfants traumatisés qui constitue le premier acte de restauration psychique. Si le regard porté sur eux est source d'incrédulité, de stigmatisation et de condamnation de l'enfant à son statut de victime, l'enfant ne pourra se construire dans un lien humanisant à l'autre. Le processus résilient qui permettra à ces enfants traumatisés de continuer de vivre, passe par la reconnaissance de leur histoire traumatique dans un lien où l'autre les reconnaît en tant que sujet de leur histoire, de cette histoire et porte sur eux un regard confiant et un projet d'espérance, sans nier leur passé.

Chapitre 9

Quelles répercussions pour les parents ?

POUR GRANDIR, SE DÉVELOPPER, apprendre, s'autonomiser, découvrir, survivre, nous avons rappelé que l'enfant a besoin de l'autre. Autour de l'enfant victime d'un événement traumatique, la constellation familiale se trouve bouleversée et donne lieu à de multiples réaménagements. Ils peuvent être minimes et les répercussions rapidement assimilées par la famille ; dans d'autres circonstances, indépendantes de la gravité pénale ou matérielle de l'événement, l'impact sur la famille peut être considérable et durable : parents, fratrie, grands-parents, famille élargie, chacun est susceptible d'être contaminé par la dimension traumatique de la situation. L'événement traumatique peut ainsi être compris comme un véritable meurtre du sens qui peut s'accompagner d'un meurtre de l'échange symbolique car la contamination traumatique entraîne une déliaisons des liens intrafamiliaux, l'effraction de la base de sécurité familiale, la déstabilisation du fonctionnement familial et le blocage du cycle de vie (Delage, 2002) : les valeurs et croyances, le fonctionnement et les rituels de l'ensemble familial sont bouleversés et mis à mal.

Plusieurs situations peuvent se poser : l'enfant est seul concerné par l'événement ; ou tous les membres de la famille ont été impliqués dans l'événement ; ou seul l'enfant n'a pas été directement impliqué, mais il subit les répercussions des blessures parentales. Autres situations, les parents sont directement impliqués pour avoir

intentionnellement tenté de nuire à leur enfant (maltraitance, tentative d'homicide) ou non. Lorsque le parent apparaît comme défaillant et *insecure* ; quand il n'est plus au sens de Winnicott « suffisamment bon », il en résulte chez l'enfant, un effondrement plus ou moins marqué des enveloppes psychiques, une confusion dedans/dehors et une répression des énoncés. Ce qui conduit à l'effacement de toute capacité de représentation susceptible de mettre à distance cette violence subie.

Comprendre les répercussions du côté parental, à ces différents niveaux d'exposition traumatique, nécessite de comprendre que ce système familial est composé de membres qui ne vivent pas tous l'événement de la même façon. Il est aussi important de rappeler les enjeux de l'être parent. Devenir parent c'est à la fois reconnaître que ce petit être est un enfant (processus d'humanisation), mais aussi que c'est leur enfant (processus de parentification) et enfin qu'ils sont ou deviendront, de bons parents pour lui (processus de compétence parentale). Tout enfant est ainsi porteur d'un mythe fondateur avant sa naissance. Il est tissé d'imaginaire et d'illusion. La rencontre avec l'enfant réel nécessite des renoncements et des élaborations d'autant plus forts qu'il y a un décalage entre l'enfant rêvé et celui de la réalité.

Compte tenu de leurs incertitudes concernant toutes les réponses à apporter à leur enfant, les parents auront besoin à chaque étape du développement de leur petit, d'être confortés et légitimés dans leurs actes et dans leurs attitudes. La manière dont ils deviendront parents est un processus maturatif lié à l'interaction entre leur disposition intérieure (héritée de leur histoire transgénérationnelle) et une attitude relationnelle positive à l'égard de l'environnement. Pour décrire l'attention indispensable à porter à l'enfant pour qu'il puisse se développer harmonieusement, Winnicott avait proposé le terme de « préoccupation maternelle primaire ». Par la suite Racamier parlera de maternalité puis Serge Stoleru de parentification. Le terme parentalité apparaît en 1985 avec René Clément pour décrire comment père et mère parviennent à faire une place psychique à l'arrivée de leur enfant. Ce néologisme est devenu aujourd'hui utilisé

au niveau juridique, mais également social et éducatif avec des significations multiples. Concernant la dimension psychologique, la parentalité est un processus inconscient qui s'origine depuis l'enfance. Elle peut s'entendre comme l'ensemble des ressources parentales préalables à l'arrivée de l'enfant **et** « l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leurs enfants à trois niveaux : le corps (soins nourriciers), la vie affective et la vie psychique » (Lamour & Barraco, 1998).

Cette définition permet de comprendre que la parentalité peut être en souffrance en dehors de tout contexte d'événement traumatique. Chez des adultes à l'enfance meurtrie par de multiples carences, la parentalité va s'inscrire sur un terrain psychique déjà en souffrance, ce qui peut conduire à des troubles importants. Par exemple l'échec d'intégration des interdits fondamentaux (inceste, infanticide) peut conduire des adultes devenus parents à des transgressions fondamentales telles que l'inceste. Pour d'autres, l'équilibre entre le narcissisme et l'objectalité de leur couple est mis en danger par l'arrivée de cet enfant qui se trouve alors en risque de subir des violences de toutes sortes. Pour les parents dont le processus de parentalité s'inscrivait sans dysfonctionnement particulier, la survenue d'un événement traumatique vient bouleverser l'équilibre préalable et réinterroger la dynamique parentale. Elle atteint, nous le verrons, particulièrement les fonctions parentales de protection, de compréhension, d'affection et de valorisation.

L'expérience clinique de prise en charge d'enfants traumatisés permet de constater que l'effraction traumatique est moins causée par l'événement en lui-même que par l'atteinte dans les fonctions parentales perçues par l'enfant pendant l'événement et dans les suites de celui-ci. Face au désastre, le rôle des parents va donc être crucial : ils peuvent servir de filtre entre l'événement et amortir l'impact psychique de l'événement ou être débordés dans leurs capacités de protection et de compréhension et renforcer le sentiment de détresse et d'abandon de leur enfant. Autant de réactions susceptibles de s'enkyster dans le psychisme, autant de

cryptes dans la psyché des parents à laquelle s'identifient les enfants, autant de « visiteurs du Moi » (De Mijolla) susceptibles d'être responsables de troubles transgénérationnels. L'enfant traumatisé, par son existence même, rappelle à son entourage et au monde extérieur, la réalité de ces faits criminels. Ils sont les supports involontaires des reviviscences collectives. Dans la représentation collective, ce type d'événement entraîne des réactions où la curiosité compassionnelle et la fascination morbide du premier temps, laissent place à des attitudes distantes, voire de rejet ou de dégoût. L'entourage, s'il n'est pas soutenu, n'a d'autres perspectives que d'aliéner psychiquement l'enfant en créant un roman familial consécuteur au drame duquel sont exclues toutes traces traumatiques du passé. Nous pourrions aussi parler, en référence aux travaux d'Abraham et Torok, « d'encryptage résilient ». La crypte post-traumatique préserve l'enfant d'une confrontation à l'indifférence et l'incompréhension de ses proches.

Nous devons les premières réflexions sur l'importance de la réaction des parents à Ferenczi, Winnicott, Bowlby, Anna Freud, Dorothy Burlingham ou Pierre Male confrontés aux conséquences de la seconde guerre mondiale sur les enfants. Anna Freud, Dorothy Burlingham ont par exemple montré que la présence des parents lors de l'événement traumatique et la nature de leurs réactions étaient des facteurs influant dans les manifestations post-traumatiques des enfants : que la capacité des enfants à faire face à des événements violents était d'autant meilleure qu'ils se trouvaient avec des parents calmes, apaisants, rassurants. D'une manière générale, c'est le filtre du pare-excitation parental qui, venant suppléer l'imaturité de l'enfant, lui apporte réassurance et capacités de liaison des perceptions effrayantes visuelles ou auditives qui parfois ne correspondent à aucun danger objectif. Si le filtre est absent ou défaillant du fait de l'atteinte de la fonction parentale, les faits traumatiques bruts en attente d'être élaborés ne peuvent pas être « détoxiqués » pour reprendre l'expression de Bion. La transformation d'émotions inintégrées car « impensables » en éléments de vérité assimilables est alors impossible.

L'événement traumatique représente un brusque virage dans l'histoire familiale. Il peut conduire à un « état de stress post-traumatique relationnel » (Scheeringa *et al.*, 2001) et venir réactiver des traumatismes antérieurs (Green *et al.*, 1995). L'affirmation et l'épanouissement de la compétence parentale vont être liés aux ressources antérieures de chacun des parents et du couple parental. La qualité des ressources disponibles dans les différents réseaux relationnels de la famille prend également une place importante pour limiter l'atteinte de la fonction parentale. Au-delà des parents, nous verrons que c'est aussi tout l'entourage familial qui va devoir s'adapter, à commencer par les frères et sœurs lorsque l'enfant traumatisé n'est pas enfant unique.

Scheeringa et Zeanah (2001) décrivent un état de stress post-traumatique relationnel se manifestant par une co-occurrence symptomatologie psycho-traumatique chez l'enfant traumatisé et chez ses proches, en particulier chez le bébé : le trouble de l'un contaminant l'autre.

ATTEINTES DES FONCTIONS DE PROTECTION

Les fonctions parentales primaires de protection, d'amour et d'éducation sont profondément bouleversées par l'événement traumatique. Les parents se voient subitement confrontés à l'incapacité de fournir la sécurité et la protection à leur enfant ; ce qui interroge la question de leur identité. Lorsqu'ils sont présents avec l'enfant, celui-ci peut percevoir leur détresse et se sentir en totale insécurité. La terreur du parent est pour l'enfant une perception troublante et destructrice. L'adulte qui était si protecteur et sage se trouve désormais impuissant et sans ressource, comme l'illustrent ces témoignages d'enfants rescapés du tsunami : « j'ai lu la mort dans les yeux de ma mère » ; « c'est comme s'ils n'étaient plus là » ; « on était tous sur le même plan, il n'y avait plus d'enfants, plus de parents que des gens terrorisés prêts à mourir » ; « lorsque la vague

est venue je ne voulais pas lâcher la main de mon père, je ne voulais pas. Et puis j'ai lâché prise et il est parti, il ne m'a même pas regardée » ; « maman elle est partie, elle m'a lâchée, elle m'a rien dit et elle est partie » ; « j'étais seul au monde ».

Lorsque le parent n'était pas présent, l'enfant peut théoriser sur les raisons de son absence, mais l'atteinte en sa capacité à le protéger n'est pas aussi forte. L'illusion ou la certitude que les choses auraient pu se passer autrement si le parent avait pu être présent est souvent exprimée : « si ma mère avait été là, tout aurait été différent » ; « si mon père avait su, il aurait tout fait pour qu'il n'y ait pas de drame ». N'ayant pas été confrontés à la catastrophe, les parents sont, provisoirement, préservés de tout sentiment de défaillance. L'événement passé, s'ils parviennent à rassurer l'enfant, leur capacité de protection se trouve renforcée tant du côté de la perception de l'enfant que du côté de leur ressenti d'adultes. S'ils ne parviennent pas à apaiser leur enfant, alors même qu'ils n'étaient pas présents au moment de l'événement, l'enfant ne retrouve pas suffisamment confiance en eux et, de leurs côtés, le doute quant à leur capacité de réassurance et de protection s'installe. Comment en effet s'identifier à la fonction parentale (ce qui est l'enjeu même de l'enfance) lorsque l'événement traumatique révèle à quel point elle est si terriblement défaillante, menaçante, incohérente, inconsistante et/ou clivée ?

Lors des prises en charge, la multiplication des intervenants auprès de leur enfant (sauveteurs, police, soignants, éducateurs) peut facilement renforcer cette atteinte de leur fonction de protection et conduire chez certains parents à des réactions d'incompréhension voire d'agressivité, comme en témoigne la mère de Pauline rescapée d'un accident de car scolaire où deux enfants sont décédés : « on a dû attendre toute la nuit, c'était insupportable comme attente. Et quand ils sont arrivés, on avait l'impression de ne pas être capables de s'occuper de nos enfants. Il y avait du monde partout, des psys, des médecins, des politiques, comme si c'étaient eux qui allaient nous dire comment faire. Nous, on voulait juste récupérer nos enfants, les serrer très fort dans nos bras et partir, loin

de cette salle municipale pour rentrer chez nous. » Lorsque les parents sont eux-mêmes impliqués dans l'événement, la présence de professionnels est susceptible d'être vécue comme une intrusion tout autant qu'elle peut représenter un réel soulagement et un soutien. Il est important de le reconnaître pour anticiper sur ces représentations ; par exemple en valorisant les parents pour ne pas qu'ils se sentent dépossédés de leur fonction de protection.

Cette perception d'une défaillance dans leur capacité de protection, peut entraîner chez les parents de forts sentiments de culpabilité et d'impuissance en réponse au sentiment d'abandon de l'enfant. Il est ici important de rappeler que les parents exposés à l'événement peuvent avoir été intensément blessés psychiquement et ne plus être en mesure de s'occuper de leur enfant. La fonction parentale est alors inhibée voire comme « gelée » avec une incapacité psychique à répondre aux besoins de leur enfant (soins, attention, sécurité, réassurance). Ces parents ont besoin que leur angoisse de perte, leur sentiment d'impuissance face à l'événement et leur culpabilité de ne pas avoir fourni la protection adaptée soient entendus et pris en compte. Ils ont besoin de l'exprimer dans un premier temps hors la présence de l'enfant qui risquerait de contaminer leurs expressions, afin d'être rassurés quant à leur « normalité » face à leurs réactions émotionnelles, d'être réassuré dans leurs compétences parentales. Sans cet espace, la promiscuité pulsionnelle est inévitable, rendant inélaborable la souffrance psychique au niveau intrasubjectif. Les professionnels intervenant auprès de l'enfant et de ses parents ont ainsi un rôle de dépositaires de ces affects et de leur transformation (Bion, 1962 et 1965) afin de restituer aux familles leur propre capacité de contention et de transformation des affects violents de l'expérience traumatique.

Face à leur enfant en détresse et en souffrance, les parents sont profondément atteints dans leur narcissisme et expriment une culpabilité majeure quand l'événement traumatique est un accident provoqué par eux (négligence, défaut de surveillance, accident de voiture, etc.) Cependant, même dans les situations où la responsabilité parentale n'est pas du tout engagée (attentat,

accident d'avion), certains parents continuent de ressentir une très forte culpabilité. Tout comme leur enfant, ils élaborent des théories autour de la survenue de l'événement traumatique pour lutter contre l'arbitraire et donner du sens à l'irreprésentable. Certaines sont très éloignées de la réalité et restent empreintes de fantasmes d'abandon, de punition, de vengeance, d'humiliation, autant de sentiments témoignant de l'importance de leur culpabilité. Si ces théories ont une utilité pour survivre au traumatisme de leur enfant, elles peuvent aussi provoquer des perturbations douloureuses et durables entre l'enfant et ses parents, mais également au sein du couple. Ainsi la sexualité est souvent interrompue comme si elle devenait un acte répréhensible puisque déjà puni par l'arrivée de l'événement traumatique ou l'existence de l'accident (Epelbaum, Ferrari, 1991).

La culpabilité parentale à n'avoir pu protéger l'enfant, à n'avoir pas pu empêcher le drame, la maladie ou la mort, peut conduire à des réactions de déni face à ce que leur enfant a subi : peur de savoir, peur d'entendre, culpabilité de n'avoir pas été là, de n'avoir pas pu empêcher l'horreur. Les parents ne perçoivent pas la détresse de leur enfant et dénie la gravité de ce qu'ils ont pu subir. Le risque est alors celui de l'incompréhension, pouvant conduire au rejet de l'enfant. Ils peuvent aussi devenir surprotecteurs et submergés par la terreur qu'un nouveau malheur ne survienne.

ATTEINTES DES FONCTIONS DE COMPRÉHENSION

Face à l'enfant traumatisé, les parents sont en grande difficulté à comprendre ce qu'il peut ressentir. Ils sont eux-mêmes projetés face à quelque chose qu'ils ne comprennent pas, qui ne fait pas sens et qui sollicite violemment leur imaginaire et leur capacité de représentation. Pour certains, ce que vit leur enfant réactive leur propre histoire traumatique et la force des reviviscences ne leur permet plus d'être disponibles pour comprendre. C'est pour exemple

ces réactions de parents accueillis à l'aéroport suite au conflit libanais de juillet 2005 et qui restent prostrés, dans l'impossibilité de veiller sur leur propre enfant en raison des reviviscences des bombardements qu'ils ont vécu alors qu'ils étaient enfants.

Être en mesure d'entendre, d'écouter, de comprendre son enfant sans être totalement débordé par l'émotion ni sidéré par la violence de ce qu'ils perçoivent, est particulièrement difficile. Pour se protéger de l'impact de ce que représente ce qu'a subi leur enfant, certains parents peuvent le désobjectiver, c'est-à-dire le percevoir comme un être limité dans ses capacités de souffrance : « je pensais que les enfants c'était comme du téflon, que ça glissait et qu'ils ne pouvaient pas être touchés comme nous », nous explique une mère de famille perplexe face aux réactions désespérées de son petit garçon de trois ans ayant assisté en direct à la noyade d'un camarade.

Cette réaction d'évitement de l'impact traumatique peut s'entendre comme un mécanisme de défense, à visée de réassurance narcissique dans leurs compétences parentales ; autrement dit, si mon enfant ne souffre pas, c'est que je n'ai pas failli dans ma capacité de bon-parent. C'est aussi, pour les parents impliqués, une façon de se protéger de ses propres reviviscences traumatiques ; c'est encore, pour ceux qui n'étaient pas présents, une tentative de maintenir à distance les représentations souvent effrayantes, qu'ils s'imaginent de ce qu'a pu subir leur enfant. Cette impasse à penser le monde de leur enfant isole le parent et ne l'autorise pas à restaurer les liens intersubjectifs endommagés par l'événement traumatique.

Cette difficulté est renforcée par le fait que les enfants se plaignent peu et parlent rarement à leurs parents de ce qu'ils ressentent et de ce qu'ils ont vécu. Ainsi, lorsque l'on donne dès les premiers instants de prise en charge la possibilité aux enfants de s'exprimer hors la présence de leurs parents, ils peuvent s'autoriser à parler de leur souffrance et livrent souvent à l'état brut leurs ressentis. Mais s'ils sont en présence de leurs parents, d'eux-mêmes ils s'autocensurent pour ne pas les blesser et se calquer à leurs désirs. Ils opèrent

inconsciemment une détransitionalisation de la réalité, ce que nous proposons de définir comme « l'identification traumatique ».

ATTEINTES DES FONCTIONS D'AFFECTION ET DE VALORISATION

L'enfant traumatisé est un enfant blessé, marqué par l'événement de façon plus ou moins intense, plus ou moins durable. Il n'est plus ce que Freud décrivait comme « His Majesty the baby », cet enfant préservé des expériences douloureuses de la vie, « le contre et le cœur de la création ». La projection sur l'enfant du narcissisme parental est ici mise à mal par l'événement et ses conséquences. Tout se passe comme si tous les mauvais présages, les mauvaises pensées, les mauvaises actions passées, venaient se cristalliser sur l'enfant. Les symptômes qu'il peut présenter, les manifestations indésirables, liés à l'événement traumatique, sont incompréhensibles pour les parents et ne peuvent pas être raccrochés à des éléments connus de la vie de leur enfant. Cette incapacité de liaison, d'association, de traduction, provoque un profond malaise des parents qui se sentent profondément bouleversés dans leur identité de parents, ne sachant plus que faire, que dire avec cet enfant. Certains parents témoignent directement de la blessure narcissique que représente l'événement vécu par leur enfant et de leur incapacité à pouvoir continuer de lui apporter toute l'affection et l'attention nécessaire.

.....

Pour exemple nous citerons la mère d'Amel, 10 ans, violée dans une agression collective. La consultation est prise trois mois après les faits, parce qu'elle « ne supporte plus [sa] fille. Je ne sais plus quoi lui dire, comment lui parler. Je n'ose plus la prendre dans mes bras et la toucher comme je pouvais le faire avant pour la consoler. Je sais qu'elle a été violée, mais moi, j'ai l'impression aussi d'être salie, car toute cette histoire a souillé notre famille, pas qu'elle. » Pour la maman de Clara blessée par l'attentat du Caire, les difficultés de compréhension sont aussi présentées comme envahissant la vie familiale : « depuis qu'elle est rentrée, ce n'est plus la même. Je voudrais retrouver ma Clara d'avant, ma petite fille. Et ce n'est plus elle. C'est Clara qui est partie au Caire, mais ce n'est pas elle qui est revenue. Et

celle-là, je ne sais pas comment lui parler, comment la prendre et faire avec elle. » Pour le papa de Marion, 6 mois, dont la maman est décédée dans un accident de voiture, il n'y a plus aucun contact possible avec son bébé : « je ne parviens pas à m'en occuper ; je ne la supporte plus alors que je l'adore... elle me rappelle tellement sa mère, c'est trop douloureux. je ne la comprends plus, c'est comme si ce n'était plus mon bébé. »

Le sentiment d'étrangeté vécu douloureusement par les enfants exposés à un événement traumatique vient contaminer les proches, qui ne sont plus en capacité de répondre aux besoins de leur enfant. Ils ne savent plus comment faire, ne sont plus disponibles, il les fatigue, leur fait peur, suscite un profond sentiment d'impuissance, de la gêne, un malaise, voire du dégoût. Leur difficulté est renforcée par l'incompréhension de l'entourage qui les conduit souvent à se replier sur eux-mêmes pour ne pas être blessés davantage. L'étrangeté des enfants victimes d'événements traumatiques révèle les failles parentales. Le terme de *miroir brisé* proposé par Simone Korff-Sausse au sujet des enfants handicapés, a ici tout son sens. L'enfant traumatisé révèle en miroir notre propre étrangeté. Cette image déformée effraie tout autant qu'elle effracte psychiquement les adultes de son entourage (parents, professionnels). L'enfant et ce qu'il renvoie, réactive les interrogations existentielles sur la mort, la souffrance, l'autre, la sexualité, la solidarité. La contamination traumatique conduit ainsi à la crainte inconsciente de « l'assimilation traumatique », à savoir le risque de devenir comme lui ; ce qui est inconcevable et qui conduit à la mise à distance de l'enfant.

L'atteinte des fonctions de compréhension, de protection et de valorisation, témoigne de la mise à mal du processus de parentalité suite à l'événement traumatique. L'intensité des dysfonctionnements dépend en partie des ressources préalables (qualité de l'investissement parental de l'enfant et des modes relationnels familiaux antérieurs), mais également de celles qui peuvent se dégager suite à l'événement. Du côté des parents plusieurs réactions peuvent se manifester à l'égard de l'enfant : l'angoisse, la dépression, l'agressivité et la culpabilité parentale. À ces troubles peuvent s'ajouter des réactions liées aux multiples troubles post-

traumatiques que peuvent présenter des parents exposés à l'événement.

L'ANGOISSE PARENTALE

L'angoisse parentale est souvent la manifestation la plus visible même si ses modalités d'expression varient en fonction des référents culturels et religieux des familles. Elle est d'autant plus forte que :

- le pronostic vital de l'enfant est engagé ;
- le risque de handicap et de séquelles suite à l'événement, est important comme, amputation, cécité, surdité, défiguration ;
- l'événement traumatique à une connotation sociale particulièrement tabou telle que les agressions sexuelles ;
- l'événement traumatique a entraîné une séparation importante (prise d'otage, enlèvement, hospitalisation) ou les conséquences de cet événement vont nécessiter des séparations régulières qu'il n'est pas possible d'anticiper (hospitalisations ; prise en charge initiale à l'étranger) ;
- si l'enfant traumatisé est très jeune avec des capacités d'élaboration très limitées en particulier au niveau de la séparation ;
- si des troubles de la personnalité antérieurs existent chez les parents et limitent leur capacité à soutenir l'enfant ;
- si les parents sont fragilisés par des troubles post-traumatiques consécutifs à l'événement.

L'angoisse parentale peut aboutir à deux extrêmes : soit une hypervigilance qui se traduit par une surprotection dans les suites de l'événement. L'enfant est étouffé sous les interdictions et les précautions. Il devient l'objet de toutes les attentions ce qui peut conduire au renforcement de certains troubles (hypervigilance, troubles phobiques, etc.). Dans d'autres cas, cela conduit à une permissivité excessive à l'égard de l'enfant, les parents craignant de le contrarier et d'être rendus ainsi responsables d'une éventuelle aggravation des

troubles post-traumatiques. Assez rapidement, ce type de réactions peut positionner l'enfant dans un statut de tyran tout-puissant, aux exigences sans limite et intolérant aux moindres frustrations. Ces troubles dans l'édification des interdits sont en fait l'expression d'une profonde angoisse de la part des parents à l'origine chez leur enfant d'un sentiment d'insécurité tragique qui peut l'amener à des situations de prise de risque et de mise en danger dans une quête désespérée des limites parentales.

Dans certaines situations, l'enfant ne cherche pas à tester ses parents, mais se trouve contaminé par leur angoisse et s'enferme dans une situation de dépendance excessive à leur égard. Cette relation confusionnelle peut entraîner chez les plus jeunes, des retards de développement aux conséquences plus ou moins sévères.

La surprotection réactionnelle à un événement traumatique subi par leur enfant dissimule la tentative inconsciente pour les parents de se protéger de leur propre angoisse. Autrement dit la confrontation à un fait traumatique renvoie les parents à l'arbitraire et à un insupportable sentiment d'impuissance. Surprotéger leur enfant, anticiper sur d'éventuelles conséquences, craindre des aggravations de son état et solliciter sans cesse les professionnels, sont autant de façons de lutter contre l'inattendu et de reprendre le contrôle sur les événements. En étant sans cesse en alerte, les parents surprotecteurs tentent de s'assurer de la maîtrise de la situation et se convainquent que plus rien ne peut désormais arriver à leur enfant. Pour d'autres parents, l'anxiété se fixe non pas tant sur leur enfant et ce qu'il a subi, mais sur eux-mêmes et sur l'atteinte de leur fonction parentale. Pour ceux qui ne parviennent pas à se dégager de la culpabilité de n'avoir pu protéger leur enfant, la souffrance de celui-ci peut devenir insupportable et les conduire à différentes réactions de fuite et de rejet. Les plaintes de l'enfant sont alors déniées, ses manifestations post-traumatiques banalisées et en cas d'hospitalisation, les contacts avec lui évités. Le rejet peut conduire certains parents à projeter sur l'enfant ce qu'ils pensent être leur

propre responsabilité, l'enfant devient alors le responsable, celui par qui le mal est arrivé.

Le rejet de l'enfant s'exprime également dans les situations où le corps de l'enfant est gravement atteint (amputation, enfant défiguré par des brûlures, enfant violé). Les parents peuvent alors être gênés par ce corps qu'ils ne reconnaissent plus, qu'ils n'osent plus toucher, embrasser, câliner, réconforter. Les gestes de tendresse deviennent impossibles et le mal ressenti par les parents peut devenir une telle source de souffrance qu'ils préfèrent ne plus approcher cet enfant-là qui leur semble si étranger de leur « enfant d'avant ». Le rejet de l'enfant peut aussi s'exprimer lorsque l'enfant traumatisé est perçu comme persécuteur, comme le porteur du mal, celui qui perturbe la vie familiale. Rejeté par sa famille qui continue de vivre, il est une sorte de repoussoir qu'il faut à tout prix écarter pour protéger l'unité familiale. L'enfant se voit reprocher l'événement traumatique, critiquer dans ses symptômes et dans ses troubles. Cette réaction présente un risque non négligeable de maltraitance plus ou moins visible et induit chez l'enfant un très fort sentiment de culpabilité : le comportement de son entourage le confortant dans l'idée que tout est de sa faute et qu'il a « bien mérité ce qui lui arrive ».

Protection et rejet peuvent aussi mettre à jour des conflits intergénérationnels : la famille et l'hérédité peuvent être utilisées comme autant d'armes défensives pour lutter contre l'anxiété. Des tensions transgénérationnelles sont aussi fréquemment constatées à travers le clivage manifesté par l'attitude des parents : la mère rejette alors que le père surprotège ou inversement.

L'ÉPUISEMENT ET LA DÉPRESSION PARENTALE

Avoir un enfant traumatisé est épuisant au quotidien pour les parents et proches protecteurs. Ils doivent être disponibles pour lui et s'adapter à ses troubles, mais aussi multiplier les démarches

administratives, judiciaires, médicales qui les confrontent à des logiques souvent incompréhensibles.

Confrontés à un événement traumatique, les parents présentent souvent dans les jours ou les semaines qui suivent des réactions dépressives plus ou moins intenses, plus ou moins durables : troubles du sommeil, perte d'appétit, perte de l'élan vital, dévalorisation de soi, douleur morale majeure, désinvestissement social et professionnel. Lorsqu'ils n'ont pas été directement exposés, les parents peuvent également être blessés psychiquement et présenter ces troubles. Si le risque de dépression maternelle est actuellement bien reconnu, celui concernant les pères est souvent minoré car son expressivité est davantage masquée. D'où l'importance d'être toujours vigilant à la prise en charge et à l'information des deux parents. Si les états dépressifs sont habituels dans ce type de situation, leur pérennisation peut représenter un risque pour l'enfant traumatisé, qui se trouve menacé par ces manifestations de souffrance parentale. La dépression peut s'exprimer de différentes façons.

- Une sur-exigence des parents à l'égard de l'enfant traumatisé qui se trouve en situation d'être un « enfant parfait » pour, en quelque sorte, réparer ses parents : l'enfant ne doit jamais se plaindre, ne pas manifester d'opposition par rapport aux traitements éventuels ou aux séquelles et n'exprimer aucune colère. Soumis aux attentes de ses parents il peut alors se développer en « faux-self », c'est-à-dire en personnalité « comme si » : être toujours comme l'autre veut que l'on soit, ne jamais exprimer de désir propre. Ce type de demande parentale à l'égard de l'enfant présente le risque d'effondrement ultérieur, le plus souvent sur un registre dépressif et/ou anxieux. L'enfant peut en particulier, décompenser à l'occasion de nouvelles épreuves difficiles en lien ou non avec l'événement traumatique.
- Une démission parentale : l'événement traumatique peut entraîner une séparation de l'enfant et de ses parents et cette séparation peut représenter un vide inintégrable par les parents qui peuvent se sentir dépossédés de leurs responsabilités

parentales, désavoués dans leur statut de parents protecteurs, rejetés par les professionnels. Désorientés par ces ressentis, ils démissionnent, abandonnant leur enfant aux médecins et au savoir médical.

- Un « lâchage » de l'enfant : au départ très préoccupé par son enfant, le parent épuisé psychiquement et physiquement par l'accompagnement de son enfant est ici présent matériellement, mais totalement absent dans sa capacité à répondre aux besoins de son enfant. Lorsque le corps de leur enfant est blessé, mutilé (amputation), lorsque les blessures sont horribles, « monstrueuses » (brûlures), lorsque les troubles post-traumatiques sont insupportables (crises clastiques liées aux reviviscences), les parents peuvent aussi être dans l'incapacité de le regarder, de s'en occuper, de supporter son regard et son comportement et peuvent ressentir un sentiment de répulsion tel qu'ils se détachent de leur enfant.
- Une objectification de l'enfant : il n'est plus investi qu'en tant que corps traumatisé, corps de souffrance. Dans ces situations les parents se positionnent en tant que « super-soignants » et ne laissent plus aucun espace psychique à leur enfant. Ils anticipent sur les soins, exigent dans certains cas de réaliser tous les soins possibles, interdisent la mise en place de tout investissement par les professionnels, tentent de contrôler tout ce qui est proposé à leur enfant, des soins aux apprentissages. Ils peuvent aussi instrumentaliser leur enfant dans une quête médiatique de reconnaissance et certaines fois financière. L'enfant est alors exposé, ses photos distribuées aux médias, sans aucune attention portée à sa propre volonté.
- Un alibi au mal familial : l'événement traumatique peut, dans certains cas, apparaître comme un alibi face aux difficultés relationnelles et affectives des membres d'une famille. Tant que l'enfant est au centre de la prise en charge, toutes les préoccupations sont centrées sur l'événement traumatique et tous les conflits ou difficultés antérieurs sont mis entre parenthèses. L'événement traumatique et par conséquent l'enfant victime, deviennent les organisateurs de la dynamique psychique

familiale. Dans ce type de relations, l'enfant est condamné, emprisonné dans son statut de victime puisqu'il assure par son statut de patient désigné, la cohésion familiale et l'équilibre de chacun de ses membres. S'il se dégage de cette stigmatisation, la famille est en danger potentiel d'effondrement.

L'AGRESSIVITÉ PARENTALE

Si l'agressivité est rarement reconnue, elle est pourtant souvent présente aux différents stades de l'événement traumatique et se manifeste aussi bien à l'égard de l'enfant, des adultes qui le prennent en charge (soignants, enseignants, policiers, magistrats). Dans les situations de séparation parentale, l'autre parent est aussi réceptacle de cette agressivité. Celle-ci peut se comprendre pour différentes raisons plus ou moins conscientes, plus ou moins masquées :

- l'enfant traumatisé est un enfant qui « abîme » l'image de l'enfant de rêve, de l'enfant imaginaire, de l'enfant parfait espéré dès les premiers temps de la grossesse. Il ne représente plus cet héritier gratifiant, source de tous les bonheurs et de tous les espoirs. Il peut blesser durablement le narcissisme parental ;
- l'enfant traumatisé n'est plus comme les autres enfants de son âge et s'éloigne de la norme générale et des références sociales. Cet écart peut entraîner de la part des personnes extérieures un regard inhabituel (dégoût, pitié, horreur) que les parents supportent difficilement car ils peuvent se sentir blessés, voire exprimer des sentiments de honte lorsque l'attitude de ces personnes est trop rejetante ;
- l'enfant traumatisé réactive les positions infantiles de ses parents et peut mettre l'accent sur des souffrances d'enfance mal élaborées. L'événement traumatique ramène en l'adulte le petit enfant qui souhaite être pris en charge et si, enfants, les parents ne se sont pas sentis soutenus par leurs propres parents, ils peuvent se percevoir comme particulièrement défailants dans

leurs compétences parentales à soutenir leur enfant malade et à être de bons parents. Les parents peuvent alors se croire « inférieurs » à leurs propres parents pour n'avoir pas su protéger leur enfant et le préserver de la souffrance.

Avoir un enfant c'est aussi offrir en quelque sorte un cadeau réparateur à ses propres parents. Lorsque l'enfant n'est plus comme celui espéré, ce cadeau de la vie n'a plus de sens, il devient dérisoire et certains parents peuvent alors vivre la survenue de l'événement traumatique de leur enfant comme une véritable punition, une sanction face à leur échec ;

- l'enfant traumatisé peut devenir le support des identifications projectives de leurs parents. Il peut réactiver les angoisses de mort et la fragilité parentale et ce, d'autant plus qu'il souffre et que son corps est meurtri et méconnaissable : déformations, amputations, etc. ;
- l'enfant traumatisé peut être récupéré, « rapté » par la procédure judiciaire ou la technicité médicale ; son corps de souffrance devenant un « corps de savoir » (G. Raimbault, 1973). Les parents peuvent se sentir dépossédés de leur enfant et réagir avec une certaine violence à l'égard des policiers, magistrats ou des soignants ;
- l'enfant traumatisé peut conduire à des réaménagements de la dynamique familiale, perçus comme insupportables par l'un ou les deux parents ;
- l'événement et ses conséquences peuvent conduire à d'importantes difficultés matérielles et financières : changement de lieu de vie, dettes, obligation de reprendre une activité professionnelle pour assurer les besoins de la famille si un des parents ne peut plus ou est décédé, contrainte de suspendre son travail pour s'occuper de l'enfant ou perte de son emploi en raison des multiples absences (suivi médical, démarches judiciaires), etc. Le(s) parent(s) peuvent alors en vouloir à leur enfant et lui reprocher toutes ces difficultés ; reproches étant autant d'attaques du sentiment de sécurité de l'enfant et de facteurs aggravants sa culpabilité.

Pour toutes ces raisons, les parents peuvent développer une agressivité à l'égard de leur enfant qui reste le plus souvent indirectement exprimée. Mais qui peut mener à l'établissement de relations de nature sadomasochiste entre parents et enfant.

L'ensemble de ces troubles est susceptible de se manifester chez des parents exposés également au moment de l'événement. Dans ces cas-là ils peuvent être majorés par les propres troubles post-traumatiques de ces parents et par leur difficulté à pouvoir rester disponibles pour leur enfant. Ces manifestations peuvent également être constatées chez des parents qui n'étaient pas présents, mais qui vont les développer dans les jours voire les semaines qui suivent l'événement. Le terme de « traumatisme par procuration » (Mouren-Siméoni, 1994) ou de « traumatisme indirect » est alors utilisé (Delage, 2001). Dans ces situations les membres de la famille se trouvent contraints d'apporter une réponse à celui d'entre eux exposé à l'événement. Les mécanismes de défense peuvent être adaptés ou parfois inadéquat avec des répercussions que nous avons rappelées au niveau de l'enfant victime.

LES RESSOURCES PARENTALES ET FAMILIALES

Si les parents peuvent témoigner de multiples troubles consécutifs à ce qu'a subi leur enfant, d'autres vont être en mesure de développer des ressources constructives leur permettant de se dégager de l'impact traumatique de l'événement. Les études menées sur les facteurs de ce qui pourrait s'appeler la « résilience familiale » (Walsh, 1998) permettent de dégager un certain nombre de facteurs qui contribuent à favoriser les comportements de protection à l'égard de l'enfant :

- l'état psychique de chacun des parents et du couple parental : lorsque les parents ne présentent pas de troubles psychiques avérés, que les rôles parentaux sont clairs et que l'histoire familiale n'est pas envahie de multiples événements

traumatiques, l'exposition de leur enfant au trauma sera d'autant mieux gérée ;

- les croyances familiales : le sens donné à l'événement par les parents et les croyances religieuses, culturelles du groupe d'appartenance permet de ne pas rester face à cet état d'agonie psychique dans lequel l'événement a placé l'enfant ;
- la dynamique familiale et le soutien social : la capacité des parents à mettre en place un fonctionnement familial souple, supportant les réaménagements est un facteur positif face à un événement source de multiples contraintes. Le soutien de l'entourage familial et social l'est tout autant ;
- le mode de communication préalable : si avant l'événement les parents et leur enfant ont pu établir des relations de confiance, de respect et de soutien mutuel, il sera plus aisé de communiquer suite à l'événement. Et pour l'enfant sans crainte de perdre l'amour, l'attention et la protection de ses parents s'il s'autorise à parler de ce qu'il ressent.

COMMENT ACCOMPAGNER ET SOUTENIR LES PARENTS ?

Les modalités de prise en charge immédiate auprès de personnes exposées à un événement traumatique sont rappelées dans les circulaires ministérielles définissant les missions des cellules d'urgence médico-psychologique. Mais la prise en charge familiale n'est pas explicitée alors même qu'elle nécessite des modalités spécifiques. Ce peu de prise en compte des familles dans l'attention à leur porter lorsqu'elles sont exposées à un événement traumatique fait que les interventions restent bien souvent centrées sur les individus. Or nous l'avons rappelé, si l'événement est susceptible d'avoir des répercussions sur chacun, il blesse aussi les familles et bouleverse la dynamique familiale. L'effraction psychique consécutive à l'événement atteint également l'enveloppe du groupe familial, considéré ici comme système. Les conséquences peuvent

concerner l'un des membres, mais aussi entraîner des répercussions durables sur l'ensemble de la famille. La famille est mise à mal au moment de l'événement ou de la révélation des faits. Tout son équilibre préalable et « sa base familiale de sécurité » sont bouleversés (Bying-Hall, 1999). Le retentissement s'inscrit souvent dans le temps avec les nécessaires réaménagements et stratégies de changement. Dans certains cas, c'est tout le cycle de vie familial qui se trouve atteint avec pour certains cas, des répercussions transmises de génération en génération (Mouchenik, 2006). L'atteinte de la fonction parentale peut ainsi conduire à de multiples troubles conduisant à une souffrance des liens familiaux. Pour certains enfants exposés, la famille sera un recours précieux pour surmonter les effets du trauma ; pour d'autres la déliaison familiale et les dysfonctionnements seront tels, que les troubles post-traumatiques se trouveront majorés.

Lors des prises en charge d'enfants exposés à un événement traumatique, il nous semble donc essentiel de prendre en compte l'importance de la dynamique familiale. L'enfant traduit les événements vécus à partir des processus de subjectivation et ces processus se construisent dans le lien à l'autre. Sans l'autre, sans support intersubjectif, l'enfant est dépossédé de ses capacités réflexives et ne peut donner sens à l'événement vécu. Il est pour cela nécessaire de favoriser la restauration de « l'enveloppe groupale familiale » avec :

- une attention dès l'immédiat, au plus près de l'événement traumatique. Par un accueil et une information des parents s'ils n'ont pas été exposés et s'ils ne sont pas auteurs mis en cause. Puis par des temps individuels consacrés à l'enfant et autre temps individuel pour les parents qu'ils aient été ou non confrontés à l'événement. Ce temps permet de repérer des signes de souffrance éventuelle au niveau individuel comme au niveau familial ; de dégager les ressources individuelles et familiales et leurs limites ;
- en différé quelques jours après l'événement, un débriefing familial peut être proposé avec l'ensemble des membres de la famille, en

ayant pris soin au préalable de consacrer un temps individuel à l'enfant exposé à l'événement. Ce temps permet de comprendre les enjeux psychiques individuels et familiaux consécutifs à l'événement ; de mieux comprendre les modalités d'organisation et de communication familiales et de repérer les aménagements éventuels suite à l'événement. Il s'agit de donner aux parents un éclairage des troubles de leur enfant qui leur permettra de mieux le comprendre, sans le stigmatiser. Il permet aussi de repérer des troubles post-traumatiques et de proposer des soins adaptés.

À long terme, plusieurs mois voire plusieurs années après l'événement, l'accompagnement des familles permet de répondre à des situations de souffrance familiale et de blocage. Le travail thérapeutique familial permet la mobilisation des ressources individuelles et familiales et de restaurer les compétences de chacun et du système familial. Ce dispositif thérapeutique associe le plus souvent des temps de prise en charge individuelle et des espaces dédiés à la famille. Il respecte la temporalité de chacun car il y a un temps nécessaire pour restaurer l'enveloppe groupale familiale, permettre à chacun de retrouver ses repères et découvrir ses compétences.

Les répercussions traumatiques dans le fonctionnement familial étant nombreuses, il est important de proposer au parent un espace spécifique, pour qu'il puisse s'autoriser à exprimer également ses souffrances, sa détresse, sa culpabilité, sa colère, sans craindre de blesser l'enfant. Ce que nous constatons, c'est que le trauma commence à être pensé par l'enfant à partir du moment où le parent est capable de restaurer un environnement *secure*, de retrouver ses fonctions primaires de protection, d'amour et d'éducation et de ne plus être submergé par des sentiments d'abandon, d'impuissance et de culpabilité de n'avoir pas su protéger son enfant. Le soutien psychique apporté aux parents est donc essentiel pour que l'enfant, sa fratrie, puisse se dégager de l'impact traumatique. Ce temps, proposé en immédiat comme en différé, permet de réassurer les parents dans leur fonction parentale, de les restaurer dans leurs compétences, de les accompagner pour qu'ils puissent à nouveau

médiatiser la relation avec leurs enfants et entre leurs enfants et de les soutenir dans leurs capacités à accompagner leurs enfants, au-delà de l'événement traumatique.

Chapitre 10

Quelles répercussions pour les fratries ?

LE TRAUMATISME ROMPT les habitudes de la famille, redistribue les responsabilités, change les priorités. Autour de cette « avalanche » d'inquiétudes qui monopolise toute l'attention parentale, la souffrance, les difficultés des autres membres de la famille ne sont plus prioritaires et dans certains cas ne peuvent même plus s'autoriser à être exprimées. À événements traumatiques équivalents, aucune norme de parcours ne peut donc être définie à l'avance, car chaque enfant, chaque parent, chaque fratrie, aura un cheminement singulier avec ses temporalités et ses modalités propres.

Si la fratrie est bien souvent au cœur des enjeux de la vie familiale, l'étude des interactions entre frères et sœurs est en pleine construction. Les études récentes sur la fratrie permettent aujourd'hui de l'envisager comme un espace relationnel, à part entière, et non de la concevoir à travers les seuls liens conjugaux et parentaux : bien qu'essentielle, la relation aux parents n'explique, en effet, pas tout du lien fraternel. Cette évolution de la conception du lien fraternel fait passer sa compréhension de l'axe vertical à la singularité d'un axe horizontal où l'appartenance fraternelle est entendue dans la spécificité de son intimité, au-delà de la dépendance aux figures parentales. Cette compréhension des modalités de formation du lien fraternel, permet de repérer les conditions dans lesquelles il se constitue, se renforce, se rompt : sur

quels investissements pulsionnels, selon quelles identifications, selon quels fantasmes et quels mécanismes de défense, en mobilisant quelles ressources et quels processus de dégagement. Au cours du temps, le lien fraternel peut être mis à mal par des événements de vie (deuil, maladie, événement traumatique) et se trouver dans la nécessité d'une restauration, d'une reconstitution d'une trame commune qui lui permette de dépasser cet événement catastrophique.

LE LIEN FRATERNEL À L'ÉPREUVE D'UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE

Dès ses premières présentations théoriques de l'appareil psychique, Freud a interrogé les relations familiales, sous l'angle de la verticalité, en tenant compte de ce qui était transmis, inconsciemment, par chaque parent dans la singularité de sa relation à son enfant. Pour Freud, les liens parentaux constituent la matrice de référence du lien intersubjectif et permettent de rendre compte de « l'inscription du sujet dans un ensemble dont il dira qu'il en est tout à la fois le maillon, le serviteur, l'héritier et le bénéficiaire » (Kaës, 2002). Si le lien fraternel s'enracine dans ce qui le constitue, à savoir le lien parental, il ne saurait s'y réduire. Une compréhension horizontale des mécanismes en jeu dans la relation fraternelle permet ainsi d'interroger les troubles spécifiques des liens intersubjectifs et leurs corrélations intrapsychiques. Les études contemporaines sur les enjeux des télescopes des générations (S. Tisseron et Torok (1995), M. Grappe (2001) M.R. Moro (2002, 2005), R. Scelles (2003), H. Romano (2010)) ont ainsi mis en perspective l'importance de la psyché dans le lien fraternel et la richesse apportée par une conception multidimensionnelle de ce lien.

La prise en considération des liens intersubjectifs de la fratrie impose de prendre en compte les rapports mutuels du sujet à l'objet, c'est-à-dire de la présence de l'autre dans l'objet :

« La question de l'autre dans l'objet ne se comprend pas seulement du côté du sujet, qui a pu connaître différentes vicissitudes dans l'installation de la présence ou de l'absence de cet autre dans l'objet, elle se comprend aussi à partir de la stratégie conjointe de l'autre dans son double statut de sujet et d'objet pour un autre. » (Kaës, 2002)

Dans le lien fraternel, et pour constituer ce lien, chacun interroge l'autre et chacun accomplit pour l'autre une double fonction, organisatrice et représentationnelle. De telle sorte que se constituent des systèmes de représentation et d'interprétation similaires, des mécanismes de défense et d'élaboration, conjointement instaurés, pour soutenir les défenses de chacun, des alliances, des pactes et des dispositifs sacrificiels communs. Cette attention, portée aux corrélations d'altérité et de subjectivité, permet de repérer différents niveaux d'analyse du lien fraternel : du point de vue de chaque sujet et du point de vue du mode de liaison entre les sujets, du lien de par leur organisation psychique propre.

Au sein de la fratrie, le travail de liaison et de transformation psychique, inhérent à tout lien intersubjectif, est ainsi principalement animé par deux modalités d'expression pouvant être entendues comme deux territoires d'intimité fraternelle.

La première se définit dans un cadre où la fratrie est envisagée en tant que bloc, espace groupal, dans un rapport d'*isomorphie* (Kaës, 2002) où l'intimité fraternelle est comprise comme un rapport de soi à l'autre ; elle renvoie à cet espace privé que l'on partage avec quelqu'un de très proche.

La seconde se caractérise par un rapport d'*homomorphie* où priment les relations individualisées et la différenciation entre les espaces intrasubjectifs et intersubjectifs. Les unes, les autres sont différenciées en fonction de ce qu'elles entretiennent, ou non, comme lien d'appartenance. Ces modalités d'expression renvoient à cet « *inconnu de soi sur soi* » (Tisseron, 2001) révélé par l'appartenance fraternelle.

Soumis à un événement traumatique, l'enfant est confronté à un effondrement de sens et se trouve empêché par un déficit de

figurabilité qui, dans un premier temps, ne lui permet pas de contenir le débordement pulsionnel, inhérent à cette crise. La mise en faillite de l'enveloppe pare-excitatrice entraîne un marasme chez l'enfant impliqué, qui se trouve dans un état d'agonie psychique, face à ce qui apparaît comme indicible, terrifiant, impensable. Lorsque cet enfant est membre d'une fratrie, la résonance traumatique a des répercussions au-delà de l'organisation intrapsychique et vient contaminer l'espace intersubjectif du lien fraternel qui se trouve profondément endommagé et désorganisé. Cette déliaison post-traumatique nécessite alors un remaniement des espaces psychiques de chacun des membres de la fratrie, comme de celui constitutif du lien fraternel.

.....

Pour l'illustrer nous présenterons l'exemple de Marie (11 ans) et Laura (8 ans) deux sœurs survivantes du tsunami de janvier 2005 au cours duquel leur père et sa nouvelle compagne sont décédés. Avant le drame, la relation fraternelle s'inscrivait dans un rapport sans tension, ni rivalités excessives. Au moment de la première vague, les deux petites filles se trouvent à des niveaux différents de la plage : Laura, au plus proche du bord, explique avoir entendu subitement des témoins hurler « go, go » et s'être mise à courir, sans chercher à attendre son père ou sa sœur. Marie, située plus proche de son père, l'a attendu en lui tendant la main « je l'ai attendu, car il était vraiment dans l'eau en train de se baigner, je l'ai appelé de toutes mes forces et j'ai été vers lui en lui tendant la main pour que l'on parte ensemble. Quand il est sorti de l'eau, il ne m'a même pas regardée, il s'est sauvé sans me voir, sans me prendre la main. »

Lors de la catastrophe, Marie est sauvée rapidement alors que sa sœur reste plusieurs heures coincée dans l'eau au milieu des cadavres. Le corps de leur père sera retrouvé plus d'un mois après la catastrophe. Au retour en France, elles retrouvent leur mère. Laura présente principalement des reviviscences liées à l'inscription sensorielle du trauma :

- pensées intrusives, souvenirs répétitifs, dès qu'elle n'est plus occupée ou qu'elle se retrouve seule : « elle [la vague] arrive sans prévenir, dès que je ne m'occupe pas la tête et que je reste seule les images, elles reviennent » ;
- rêves répétitifs : « je revois toujours la vague, encore et encore la vague, et quand je me réveille, je suis toute mouillée tellement j'ai transpiré de peur ». Dans ces terreurs nocturnes, le père est systématiquement présent sur la plage, à une position identique de celle qu'il avait, au moment de la vague ;
- hallucinations olfactives et auditives : « il y a l'odeur de tout ça [détritus, corps], ça pue et ça me suit partout, quand j'entends un bruit, comme la portière de la voiture qui claque, j'ai l'impression qu'elle [la vague] revient encore, le bruit de la vague, il me casse la tête » ;
- évitements persistants des stimuli associés au traumatisme ;

- activation neurovégétative avec difficulté de concentration : « je ne comprends pas ce que me dit la maîtresse, je n'arrive plus à apprendre mes leçons, j'ai la tête qui part ailleurs, mais c'est pas comme si je m'évadais pour rêver, là je suis ailleurs, mais je ne sais pas où » ;
- expression somatique : douleurs et plaintes multiples, en particulier, pendant plusieurs jours au niveau de son bras droit « qui refuse d'écrire, qui ne veut plus vivre » ;
- concernant la mort de son père, Laura, hors la présence de sa mère et de sa sœur, exprime sa certitude quant à l'aspect irréversible de cette disparition : « Marie, elle croit qu'il est dans un dispensaire, je sais bien moi qu'il ne reviendra pas ».

Marie, quant à elle, présente dans les premiers temps de la prise en charge un regard figé, sans aucune expression émotionnelle. « Elle est là sans être là, elle est devenue comme étrangère, muette » explique sa mère. Cette froideur, cette indifférence apparente rappelle cette nécessité, décrite par Ginette Rimbault, « d'habiter un monde suffisamment lisse et protecteur... non pas vis-à-vis de la mort, temps obligé de notre parcours de vie, mais vis-à-vis de la séparation qu'elle inflige avec la disparition de l'autre ». La manifestation de sa souffrance psychique est « hors parole », l'événement traumatique fait lacune dans un monde de signifiants qu'il habite et qui l'habitent.

Elle exprime en immédiat moins de troubles post-traumatiques que sa sœur et ne se plaint que de troubles du sommeil, de type terreurs nocturnes. Au niveau somatique, on note en quelques jours une poussée pubertaire chez une petite fille de 11 ans, qui ne présentait aucun signe pré-pubertaire avant son départ. Marie parle très peu, parvient à décrire l'événement, mais de façon très factuelle, alors que Laura exprime sa peur, sa grande terreur face à ce qu'elles viennent de vivre.

Jusqu'à ce que le corps de son père soit retrouvé, le récit de Marie reste bloqué sur l'instant où son père a fui sans la regarder, sans saisir la main qu'elle lui tendait. À chaque évocation de cette scène, deux sentiments s'intriquent : l'intense culpabilité de se croire responsable de la disparition de son père (« je suis vivante et si j'avais pu lui tenir la main, il serait là aujourd'hui ») et le cataclysme de s'être vue abandonnée par son père (« il ne m'a même pas regardée, il savait que j'étais là, mais il est parti sans moi, sans m'attendre »). La douleur psychique est telle qu'elle anesthésie tout l'impact émotionnel du trauma.

Marie joue et remet en scène dans ses rêves cette innommable perte, mais elle est encore sur la plage, en attente. Cette non-reconnaissance de la réalité, avec l'illusion que son père est quelque part en attente d'être retrouvé, s'exprime par une absence d'affliction, un chagrin en attente et son visage figé sans émotion. Sans matérialisation du corps, la mort est symboliquement contournable et le deuil post-traumatique est à cet instant un deuil bloqué, empêché : un deuil en suspens.

Dans cette situation de deuil post-traumatique, la nature de l'événement mêle la dimension de traumatisme mortifère et celle de traumatisme sexuel par la rencontre effective entre le souhait de mort inconscient du père et la réalité de sa mort. L'absence de corps rend indicible cette confrontation aux désirs inconscients et laisse la trace traumatique à l'état de « *terreur sans nom* » (Bion). Marie et Laura expriment un fort sentiment de culpabilité où se mêlent colère, irritabilité et anxiété importante.

Ce que Marie et Laura expriment, par le truchement de leurs premiers rêves, c'est le désir d'être avec leur père. C'est un désir tel, qu'elles le masquent, le gardent comme un secret enfermé dans leur cœur. Il s'agit de se protéger elles-mêmes à l'égard de leurs désirs inconscients, mais, également, de se protéger à l'égard du conflit de loyauté qui les lie à leur mère. Pour garder cette présence de leur père, qui leur est indispensable au point où, sans elle, elles seraient déjà « *mortes* », Marie et Laura vont jusqu'à ne rien dire de leur vécu, de leur angoisse à leur mère, dont elles dépendent et dont elles redoutent une nouvelle séparation. D'où une attitude à faire « comme si tout allait bien », ce qui ne les empêche pas d'être parfaitement conscientes de la difficulté éprouvée par leur mère pour survivre à l'événement. Lorsque le corps de leur père est retrouvé, rapatrié, puis enterré au cimetière proche de leur domicile, on constate chez les deux enfants une évolution significative des troubles post-traumatiques, dont l'intensité et la fréquence diminuent. L'anxiété de séparation est, par contre, toujours présente avec une même intensité. Les cauchemars persistent, mais ils n'ont plus cet aspect paniquant de terreur sans nom où la vague les noyait. Marie, comme Laura, parvient à se mettre en scène en se défendant activement contre l'arbitraire : « *maintenant, quand je suis dans la vague, je vois toujours un chemin au bout de la plage et j'arrive à me sauver* ». Le père n'est plus présent. Les performances scolaires de Laura, comme de Marie, inhibées le premier mois, redeviennent conformes à ce qu'elles étaient avant l'événement.

Le corps retrouvé du père autorise une mise en sens, une mise en lieu. Elle permet de penser le deuil, de panser ce qui est perdu par ce deuil. Si la matérialisation de la mort du père permet à Marie et Laura d'inscrire cette disparition en tant qu'événement psychique, elle a également pour conséquence une évolution au niveau des relations avec leur mère. Les tensions sont plus nombreuses et s'accompagnent de dénigrement. Cette capacité de toute-puissance, qu'elles mettent en jeu dans leur rapport à leur mère, peut être comprise comme une tentative pour lutter contre la contamination traumatique, en ne se laissant pas déborder à nouveau par la souffrance psychique de leur mère, qu'elles tentent ainsi de mater, de rassurer, de consoler. En effet, suite à la disparition de son ex-mari, la mère de Marie et de Laura présente des troubles dépressifs réactionnels importants qui sont, par ailleurs, majorés par le contexte familial très tendu avec son ex-belle famille : les enjeux financiers liés à l'héritage conduisent à des procédures judiciaires particulièrement éprouvantes entre les grands-parents paternels et la mère de Marie et Laura.

Neuf mois après l'événement, les tensions dans la fratrie sont particulièrement violentes, verbalement et physiquement. La mère décrit des disputes incontrôlées et incontrôlables : « Elles se battent comme des furies incontrôlables, surtout dès que l'on est en public, dès qu'il y a quelqu'un d'autre avec moi. Elles se font vraiment mal et rien ne peut les arrêter. » La violence se manifeste par des actes auto-agressifs et hétéro-agressifs permanents : Marie et Laura se mordent, se griffent, se claquent, se tirent les cheveux, sans que personne ne parvienne à endiguer ce déferlement de violence physique.

Avant l'événement traumatique la fratrie existait avec ses ressources, ses tensions et l'équilibre établis entre chacun.

Cet exemple illustre le point de rupture que représente l'événement traumatique sur la fratrie. Le lien fraternel existait avant cette tragédie et le trauma vient, ici, entraver le processus fraternel. Ce que nous constatons souvent au sein des fratries, comme pour Marie et Laura, c'est un effondrement du fraternel et l'exacerbation des rivalités qui, ne pouvant être parlées, s'expriment, par une agressivité et des passages à l'acte de plus en plus incontrôlables. Ce que nous observons également, c'est l'isolement absolu dans lequel ces enfants se trouvent, face à leur peur et à leur chagrin : le processus de narrativité est suspendu, ils ne parlent pas entre eux de ce qui s'est passé et ne trouvent pas auprès de leurs proches, particulièrement affectés, la réassurance indispensable pour ne plus subir l'inquiétante étrangeté du trauma. Dans ces situations, les fratries endurent souvent seules les répercussions de l'événement traumatique, sans pouvoir se dégager de sa dimension mortifère, sans pouvoir s'étayer sur une présence parentale rassurante et un discours maternel ou paternel contenant. Ces réactions d'agressivité ont pour fonction, dans la dynamique fraternelle, de restaurer le pacte dénégatif du fraternel autour de l'interdit de la mort, en vue de sauvegarder les fondements de la fratrie. Mais ce pacte dénégatif devient, dans l'après-coup, un pacte traumatique que nous allons décrire : la réalité psychique de chaque membre d'une fratrie, est contenue, transformée et gérée par l'appareil psychique fraternel, c'est-à-dire que le lien fraternel est centré sur les articulations entre le sujet et la fratrie, précisément sur le maillage des effets du fraternel avec les effets de l'inconscient. Cet espace commun et partagé est, en quelque sorte, la matrice psychique élargie de chaque psyché singulière des membres de la fratrie. À ce fonctionnement, s'articule ce que R. Kaës (1989) appelle le pacte dénégatif qui correspond aux opérations de refoulement, de dénégation, ou de déni, de désaveu, de rejet ou d'enkystement. Ce sont des opérations qui, dans tout lien intersubjectif, sont requises chez chaque sujet, pour que le lien puisse se constituer et se maintenir. Cet accord inconscient sur l'inconscient est conclu mutuellement, pour que le lien fraternel s'organise et se maintienne dans sa complémentarité d'intérêt, pour que soit assurée la

continuité des investissements et des bénéfices liés au maintien des idéaux, du contrat narcissique. Deux polarités du pacte dénégatif se dégagent ainsi : l'une, organisatrice du lien et de l'espace intrapsychique ; l'autre, défensive de l'espace interne et de l'espace intersubjectif. En ce sens, le pacte dénégatif est pour Kaës une « métadéfense », c'est-à-dire qu'il crée, dans l'ensemble du non-signifiable et du non-transformable, des zones de silence, des espaces enkystés, des poches d'intoxication, ou des lignes de fuite qui maintiennent le sujet dans un lien d'étrangeté à sa propre histoire. De telles alliances sont d'autant plus aptes à se maintenir inconscientes et à produire de l'Inconscient, que les intérêts les plus profonds de chacun des sujets engagés dans le lien doivent demeurer refoulés, pour préserver : et le lien, son objet, la loi qui l'ordonne, et l'alliance comme instrument du refoulement, et la position inconsciente de chacun dans le lien. C'est sur de telles alliances qu'est scellée la réalité psychique du lien fraternel.

L'événement traumatique, par l'effraction du psychisme, vient bouleverser l'organisation de ce pacte dénégatif qui n'assure plus sa fonction de métadéfense. Les fratries peuvent alors s'organiser autour de ce que nous avons appelé le « pacte traumatique » (Romano, 2010). Le pacte traumatique résulte de la déliaison du lien fraternel qui ne permet plus de préserver chacun des membres de la fratrie de l'effraction psychique que représente l'événement traumatique. Par exemple en contexte d'inceste, ce pacte traumatique intervient à deux niveaux : il peut s'agir d'un pacte traumatique primaire ; celui à l'œuvre lorsque le pacte dénégatif porte sur le fantasme incestueux. Le pacte traumatique conduit alors les enfants à un déni de la réalité incestueuse : les enfants ne voient pas, ne savent pas, ne comprennent pas. Il peut s'agir d'un pacte traumatique secondaire lorsque le pacte dénégatif porte sur la réalisation de l'inceste et sa révélation. Le pacte traumatique est ici consécutif aux conséquences dans la réalité, de la situation incestueuse. Il conduit par exemple les enfants à ne rien en dire, à ne jamais parler entre eux de la situation et de ses conséquences, en particulier suite aux éventuelles révélations et leurs

conséquences (auditions, examens médico-légaux, placement, incarcération de l'auteur, etc.). Le pacte traumatique annihile le processus fraternel et abolit toute possibilité de subjectivation. Il met à mal l'alliance inconsciente du pacte dénégatif instauré autour de cette situation pour préserver chacun des membres de la fratrie. Il est traumatique car il transmet de l'inintelligible, de l'innommable, du non-représentable et condamne l'enfant au pouvoir aliénant de l'inceste. Au sein de la fratrie ce pacte traumatique conduit à une souffrance susceptible de rendre le lien fraternel dysfonctionnel voire persécuteur ; entraînant la mise à jour de défenses très archaïques telles que ces violences incontrôlables et incontrôlées des enfants entre eux. Les variations de l'expression traumatique, chez chacun des membres de la fratrie, témoignent que ce n'est pas tant l'événement lui-même qui fait trace au niveau traumatique, mais la perception de cet événement et ce qu'il vient réactiver de leur histoire antérieure de l'enfant et de sa fratrie.

L'appartenance fraternelle revêt une importance particulière dans la structuration psychique du sujet ; l'inscription d'un enfant, au sein d'une fratrie, constitue une source potentielle de ressources identitaires, susceptibles de lui permettre de se construire et de s'accomplir pleinement. Habituellement le fraternel sert de support à l'élaboration de la relation d'objet dans le passage du narcissisme au subjectal.

« C'est là l'enjeu de la confrontation fraternelle : passer de l'intrusion narcissique déclencheuse d'une rage et d'une violence brute à l'identification à l'autre. »
(Houssier, 2002)

Le passage de l'autre à soi habituellement relayé par l'accès à l'ambivalence peut être, du fait de l'événement traumatique, dans une impasse liée au court-circuit des processus d'identification à un autre que soi, et cette impasse est d'autant plus violente que le lien fraternel a déjà été fragilisé antérieurement. La dimension narcissique de la relation fraternelle est mise à mal par le pacte traumatique qui conduit à cette incapacité à saisir l'autre « comme une partie inconsciente de soi-même incarné par l'autre » (Assoun, 1998) et la violence agie, exprimée, témoigne de leur incapacité à

accéder à l'ambivalence et à supporter l'identification à l'autre. Chacun incarne pour l'autre la haine de lui-même et les dérives effrayantes de leurs mises en actes violents attestent de leur incapacité à se mettre à la place de l'autre, sans prendre le risque de le perdre : mieux vaut donc le supprimer. L'expression de la violence physique a ainsi valeur de décharge et d'apaisement secondaire du conflit, et la voie masochique, prise pour régler la rivalité fraternelle, constitue un rempart contre la désintrication pulsionnelle ressentie. La violence au sein du lien fraternel peut se déverser sur la scène familiale voire sociale, en public face à des inconnus. L'escalade de cette violence, peut être comprise comme une quête désespérée au lien parental, un appel à cet autre censé protéger et réassurer. Cette dimension d'appel à l'autre, vise, en se réassurant sur sa présence, à lutter contre les sentiments indépasseables d'abandon et de perte ressentis par les enfants victimes au moment de l'événement et renforcés bien souvent par les réactions dépassées des proches suite à l'événement.

MANIFESTATIONS DE LA SOUFFRANCE DES LIENS FRATERNELS

L'événement traumatique fait naître dans les fratries non exposées directement à l'événement des sentiments contradictoires où se mêlent successivement ou simultanément jalousie, envie, peurs, culpabilité, colère, agressivité, rejet, témoignages exagérés d'affection, indifférence active, irritation, etc.

Cette position de frère ou de sœur d'un enfant victime est marquée par l'expression d'une souffrance qui peut s'exprimer à quatre niveaux :

- ils souffrent de voir leur frère ou sœur blessé, souffrant ;
- ils souffrent de voir leurs parents en difficulté, de les sentir inquiets et impuissants face à l'événement traumatique ;
- si les parents sont mis en cause (accident, maltraitance), ils sont blessés dans leur confiance et dans leurs sentiments de sécurité ;

- ils souffrent pour eux-mêmes dont la vie est totalement bouleversée. Si une attention particulière est portée à l'autre (du fait des blessures, de son état général, etc.), ce temps donné à leur frère ou sœur traumatisé est un temps qui ne sera jamais « récupérable » pour eux. Lorsque les relais familiaux ou amicaux sont impossibles (grands-parents, parrain-marraine, oncle-tante, etc.) les frères et sœurs de l'enfant traumatisé peuvent avoir l'impression d'être devenus moins importants pour leurs parents, l'identification fraternelle devient impossible, ils peuvent se sentir rejetés et exprimer des sentiments très agressifs à l'égard de l'enfant victime.

Ces ressentis sont d'autant plus violents que les exigences parentales sont très fortes. Les parents ont souvent tendance à demander plus aux frères et sœurs : ils doivent être autonomes plus vite, ils ne doivent pas être agressifs avec l'enfant traumatisé et le protéger. Le frère ou la sœur, s'il n'a pas subi l'événement traumatique, est ainsi mis en demeure de façon implicite, d'éliminer toute rivalité fraternelle alors que celle-ci est au contraire exacerbée par le fait que les parents sont captés par les conséquences de l'événement. Il lui devient interdit d'exprimer quoi que ce soit de sa souffrance propre comme si toute la souffrance familiale ne pouvait s'exprimer qu'à partir de l'enfant blessé. Les risques pour la fratrie sont alors de se sentir abandonnée, délaissée et contrainte de compenser ce qu'ils ressentent comme une défaillance du frère ou de la sœur blessé(e), dans un processus de réparation du narcissisme parental.

Le statut de frère ou de sœur d'un enfant victime, projette l'enfant dans une position paradoxale où il (ou elle) peut se sentir favorisé(e) de ne pas avoir été victime tout en ressentant la position de son frère ou de sa sœur victime comme une place privilégiée, concentrant toutes les attentions, toutes les inquiétudes des parents. Ils ne sont plus que « le frère de... ». Les conflits qui sous-tendent les relations fraternelles ne peuvent plus s'autoriser à s'exprimer comme avant l'événement. Ils deviennent singuliers, intriqués à la confusion émotionnelle ressentie par chaque membre de la fratrie et

au bouleversement dans les croyances en la toute-puissance protectrice parentale. Les fratries (non exposées à l'événement) d'enfants victimes peuvent exprimer différents types de troubles :

- des troubles dépressifs : désintérêt soudain pour les activités habituelles, repli sur soi, refus de voir les camarades, dévalorisation. Le frère ou la sœur se sent moins aimé voire plus du tout aimé par ses parents. Cet état dépressif peut être difficile à déceler en particulier chez les enfants très sages qui deviennent progressivement inertes, passifs face au monde qui les entoure ;
- des attitudes régressives : surtout chez les fratries les plus jeunes, comme l'énurésie, les peurs inexplicables, des attitudes de bébé, les anxiétés de séparation. La régression a une visée de réassurance : elle permet à l'enfant de capter un court moment l'attention des parents tout en retrouvant cette période idyllique où il était aimé, cajolé, soutenu ;
- des conduites auto agressives : l'agressivité ne peut pas être exprimée à l'égard du frère ou de la sœur victime. La fratrie peut alors retourner cette violence et cette agressivité contre soi-même conduisant à des attitudes de mise en danger, fugue et accidents à répétition ;
- des conduites généralisées d'échec, en particulier lorsque le malade est un aîné, avec des inhibitions à progresser, à grandir de peur de dépasser le malade : ce qui symboliquement peut revenir à le « tuer » en le devançant. Ces manifestations s'expriment surtout au niveau des apprentissages scolaires : les leçons sont mal comprises, mal apprises, les nouvelles notions ne sont pas intégrées chez des enfants qui ordinairement réussissaient facilement ;
- des manifestations aiguës d'angoisse avec peur de la mort du malade, peur de la mort des parents, peur de sa propre mort par contamination. Les enfants expriment leur fort sentiment d'abandon et leur culpabilité, en particulier d'être en bonne santé et de ressentir de la jalousie et/ou des pensées agressives à l'égard du frère ou de la sœur victime ;

- des troubles du comportement plus ou moins violents avec des agitations, des conduites antisociales (vol, bagarres violentes, dégradation volontaire), des pratiques dangereuses. Ces troubles attestent du besoin d'attirer l'attention des parents tout autant que la recherche de limites face à ce qui est ressenti comme un vide parental ;
- des évolutions en « faux-self » avec une hyperadaptation à la situation. Le frère ou la sœur de l'enfant traumatisé se plie à toutes les consignes, répond parfaitement aux contraintes parentales et n'existe plus en fonction de ses propres émotions. Le risque est une décompensation tardive (en particulier à l'adolescence) avec en particulier des épisodes anorexiques, des troubles anxio-dépressifs voire psychotiques.

Si lorsque l'événement traumatique apparaît, il représente un cataclysme familial, lorsque le temps passe, les mécanismes en jeu ne sont pas plus simples : il peut être à l'origine d'un vide, d'une absence de repères des parents comme de la fratrie. L'enfant traumatisé et survivant peut être « donné pour mort » (Brun, 1989), marqué définitivement par des fantasmes de mort et être stigmatisé comme le « miraculé ». La survie s'inscrit ainsi comme l'événement traumatique dans un processus psychique nécessitant pour chacun une réélaboration des liens.

Face aux bouleversements induits par l'événement traumatique chaque membre de la famille doit retrouver une place et se sentir à nouveau à sa place. L'événement traumatique reste une cicatrice, une blessure psychique invisible, susceptible de s'ouvrir à nouveau lors d'un nouvel événement. Lorsque la détresse et la souffrance deviennent insupportables, le recours à un espace de soutien peut être fort utile. Il est essentiel qu'il prenne la forme d'un relais transgénérationnel, d'un soutien associatif ou/et d'un accompagnement thérapeutique.

La notion de loyauté fraternelle peut devenir un outil essentiel d'un remaniement familial dans lequel les perturbations générationnelles peuvent commencer à se résoudre. La fratrie est riche de résonances (espace individuel, espace fraternel, espace conjugal).

LE LIEN FRATERNEL À L'ÉPREUVE DE L'INCESTE

En contexte d'inceste, le lien fraternel est mis à mal de façon très spécifique. La parole qui révèle une situation d'inceste projette la famille sur une autre scène : celle de l'inintelligible, de l'innommable, celle du médico-légal, du judiciaire et certaines fois du médiatique. Pour chacun des membres de la famille, c'est une épreuve de crise sans précédent. La prise en charge d'enfants victimes d'inceste permet de constater combien la révélation de ces abus conduit à une déstabilisation au sein des familles. Dans l'urgence de la révélation, puis lors des suivis, la fratrie des enfants abusés apparaît dans les évaluations, mais est rarement prise en compte et pensée en tant qu'espace relationnel à part entière. Il nous semble pourtant essentiel de ne pas l'oublier, car la fratrie est constitutive de la singularité de l'enfant (quelle que soit son histoire traumatique). Or, lorsque l'enfant est confronté à un événement traumatique (de nature intentionnelle comme l'inceste ou non intentionnel comme une catastrophe naturelle), il se trouve amputé de cette part vivante de son histoire psychique : la fratrie n'est pas la priorité des intervenants, déjà fort préoccupés par le contexte de crise et la complexité de ces prises en charge. L'attention portée à la fratrie s'envisage en seconde intention, lorsqu'elle s'envisage... certaines fois, d'autres priorités font qu'elle n'est jamais prise en charge ; le secret, la gêne, la dimension de la transgression, la thématique de la sexualité, peuvent aussi aboutir à des présupposés, voire des croyances, qui conduisent à évincer les fratries sous prétexte qu'elles ne seraient pas directement concernées. Il n'est pas rare d'entendre certains propos qui témoignent de mécanismes de défense à l'œuvre du côté des adultes (parents non mis en cause, comme professionnels) : « ça ne sert à rien de leur en parler, ils n'ont rien subi », « à quoi bon, il est bien trop jeune pour comprendre », « il n'y a aucune raison de leur en parler ils vont être traumatisés ». Au-delà de la blessure psychique qu'il occasionne, le trauma atteint l'espace de pensée et met à mal l'espace langagier si

fondamental pour que la parole puisse devenir récit et la violence de l'abus élaborée ; ainsi la contamination du secret continue bien après la révélation, à envahir l'espace psychique individuel et familial comme le rappelle Sabourin : « dans les familles où il y a inceste, ce n'est pas l'inceste qui est tabou, c'est la parole sur l'acte ».

Cet oubli des frères et sœurs est d'autant plus regrettable que les suivis de fratries en contexte traumatique permettent de constater que les frères et sœurs ne se portent pas mieux que l'enfant directement victime, même s'ils n'ont pas été directement impliqués dans l'événement, ni abusés. Les conséquences de la révélation font des dommages collatéraux et atteignent tous les enfants de la famille, sans qu'ils soient toujours pris en charge. Notre pratique clinique auprès de fratries nous amène à constater des bouleversements spécifiques selon que tous les membres de la fratrie sont victimes d'abus ou simplement l'un d'entre eux.

Lorsqu'un seul enfant est victime d'abus, les conséquences sur la fratrie ressemblent à celles constatées chez les fratries d'un enfant porteur de handicap, de maladie grave ou victimes d'événements traumatiques de nature non intentionnelle, dont tout le quotidien se trouve violemment bouleversé : pleurs, angoisse, tristesse, rejet, colère, agressivité, jalousie, conduite auto-agressive, sentiment d'incompréhension, culpabilité à n'avoir pas pu empêcher les actes commis ou n'avoir pas pu intervenir, n'avoir pas vu, etc. La capacité de chaque frère et sœur à élaborer cette situation d'inceste révélée participe au travail de restauration psychique de l'enfant victime. Mais cette mise en sens ne va pas de soi ; c'est un processus difficile car il réactive l'histoire individuelle et fraternelle antérieure et confronte l'organisation psychique de chacun.

La transgression de l'interdit fondamental qu'est l'inceste est source de déstructuration majeure au sein des familles. Lorsque le secret est levé, les frères et sœurs non concernés par l'abus sexuel peuvent être submergés par ce que signifie l'inceste, à savoir la réalisation des fantasmes œdipiens. Selon l'âge de chacun, la différence d'âge et le genre (garçon, fille), les remaniements du complexe œdipien solliciteront avec plus ou moins d'intensité le

complexe fraternel. Autrement dit pour la fille dont la sœur a seule, été abusée, elle peut envisager sa sœur comme celle qui a atteint le but de ses fantasmes œdipiens, s'identifier au père agresseur et éprouver des sentiments de jalousie à l'égard de cette sœur (« s'il l'a fait avec elle, c'est que c'est sa préférée, qu'il l'aime plus que moi ; qu'elle a su se faire aimer mieux que moi ; qu'elle a réussi là où j'ai échoué »). La fille abusée apparaît alors comme celle qui a transgressé l'interdit fondamental : les réactions de jalousie, d'ambivalence haineuse à son égard sont alors souvent à l'œuvre.

Si l'on étudie ce qui peut être en jeu du côté des garçons, lorsque l'auteur est le père, nous constatons que la problématique œdipienne est là aussi réactivée. L'éviction du père par la procédure et certaines fois son éloignement durable lors de la détention, peuvent signifier pour le petit garçon, la réalisation de ses fantasmes de meurtre du père. La mise en acte de ce désir œdipien peut entraîner une profonde culpabilité à l'origine de conduites autoagressives et d'attitudes violentes contre lui-même et/ou contre les autres. Cette violence est majorée par l'angoisse déstructurante que représente l'identification à la figure paternelle : « s'il a fait quelque chose d'aussi terrible alors qu'il est mon père, moi son fils, je risque de faire pareil ». La croyance des enfants et adolescents en une inéluctabilité intergénérationnelle qui conduirait à prendre cette place d'auteur au sein des familles incestueuses est particulièrement active au sein des fratries (abusées et non abusées) ; mais elle n'est pas facilement exprimée par ces enfants qui tentent de maintenir ces pensées intrusives à distance par crainte qu'elles ne se réalisent.

Les conséquences sur le lien fraternel de l'inceste et de la révélation sont donc intimement liées à la problématique œdipienne des enfants et à ce que signifie la réalisation de leurs désirs œdipiens mis en acte par cette situation d'inceste.

Pour la fratrie non abusée, la révélation peut être un temps de pétrification émotionnelle, source d'une angoisse insurmontable au sens véritablement de « l'effroi traumatique » décrit par Lebigot : au-delà de la peur, au-delà du compréhensible, la fratrie se trouve projetée dans l'ère de l'indicible et le lien fraternel violemment

réinterrogé. Lorsqu'aucun adulte ne met de mot et qu'aucune explication claire ne lui est donnée, la fratrie se reconstitue une histoire à partir de bribes entendues. Elle construit des théories pour donner sens à ce qui est en train d'arriver, à partir des représentations souvent angoissantes de ce qu'elle vit. Cette situation est particulièrement fréquente lorsque le mis en cause est un oncle ou un grand-père et moins à l'œuvre lorsqu'il s'agit du père car les bouleversements familiaux sont alors très importants et la fratrie plus directement concernée. La fratrie peut exprimer des sentiments ambivalents à la fois à l'égard du frère ou de la sœur abusée, mais aussi vis-à-vis de l'auteur ou de l'autre parent, avec des positionnements fluctuants. Elle peut alors s'organiser psychiquement sur le mode du clivage, comme cela se constate souvent auprès de fratries d'enfants malades ou victimes de traumatismes non intentionnels.

Le déni intervient en défense à une culpabilité trop insupportable et peut durablement venir perturber la perception du monde interne et ses liens avec le monde externe. Si le parent (au sens large) mis en cause, ne reconnaît pas les faits, la fratrie non abusée peut mettre en doute la parole de l'enfant victime. Cette négation de l'auteur place la fratrie dans une confusion qui peut venir renforcer la déliaison fraternelle, ce dont témoignent les réactions de colère, d'agressivité et de rejet, qui s'expriment alors. La fratrie non abusée peut se sentir obligée de choisir « son camp » et elle l'est même souvent contrainte par l'entourage ; l'enfant victime tout comme l'auteur, lui demande plus ou moins directement : « c'est lui ou c'est moi qu'il faut croire ? ». Et la fratrie se trouve empêchée dans sa capacité à penser la réalité de ce qui s'est passé. Ne sachant pas qui croire, et étant certaines fois soumise au secret et à des stratégies d'emprise de la part de l'auteur, il est alors fréquent que la fratrie se positionne du côté de celui qui lui semble représenter le moindre danger pour son équilibre psychique. Le lien fraternel est alors souvent sacrifié au profit du lien parental.

Lorsque la révélation conduit à l'aveu de l'auteur et à sa reconnaissance des faits, la levée du secret peut avoir des

répercussions inattendues du côté des fratries non abusées. La fratrie n'est plus dans la même situation de confusion ; mais la reconnaissance par l'auteur ne signifie pas l'assimilation de cette information par la fratrie, qui peut, là aussi, réagir par des réactions de déni. L'agressivité qui ne peut pas s'agir contre l'auteur se retourne alors souvent contre l'enfant lui-même (conduites dangereuses, automutilation, tentative de suicide) ou contre la victime. Les remaniements du lien fraternel entraînent la réactivation de rivalités anciennes et peuvent venir exacerber des fantasmes agressifs à l'égard de l'enfant qui a révélé. La fratrie peut ainsi dégager la responsabilité des faits sur l'enfant victime l'accusant d'être responsable de ce qui s'est passé ; d'avoir « cherché » ce qui est arrivé ; « d'avoir profité de cette situation », etc.

Lorsque les membres de la fratrie ont été abusés, les enjeux sont rendus particulièrement complexes : les enfants ont souvent été placés dans un contexte d'emprise qui les a détruits psychiquement (et ce d'autant plus que les abus ont duré) ; ils peuvent présenter des troubles post-traumatiques importants (souvent peu repérés), en particulier des reviviscences, des attitudes d'évitement, d'hypervigilance et de contrôle. Les enjeux consécutifs à la révélation sont variables : elle peut s'inscrire dans une démarche de protection (la grande sœur qui dénonce le père pour protéger et arrêter les abus sur la petite sœur) ; mais également par vengeance dans un contexte de dénonciation : l'enfant abusé découvre que son frère ou sa sœur est aussi « le préféré » du parent, contrairement à ce que celui-ci lui avait dit, et dénonce l'auteur pour avoir été trahi dans ce qui lui avait été dit. Les sentiments de rivalité et de haine sont ici particulièrement exacerbés et peuvent durablement mettre à mal le lien fraternel.

Les réactions de frères et sœurs abusés conduisent des modalités différentes d'expression de la souffrance du lien fraternel : la première est une sorte d'adhésion psychique qui ne permet plus à l'un d'exister sans l'autre. Elle peut conduire à des attitudes de parentification repérées dans ses comportements de frères et sœurs hyperprotecteurs l'un vis-à-vis de l'autre ; mais à l'extrême, elle peut

conduire à de tels collages, que frère et sœur deviennent de véritables petits couples avec, dans certains cas, des passages à l'acte incestueux au sein de la fratrie. La révélation de l'inceste a bouleversé l'équilibre familial et laissé des places vides : celle du parent auteur, exclu pour une durée toujours incertaine de la vie familiale, celle du parent non mis en cause, souvent en incapacité d'être dans une attitude protectrice à l'égard des enfants et qui se positionne dans une passivité mortifère. Ces places abandonnées insécurisent la fratrie qui peut tenter de trouver un nouvel équilibre en se réappropriant l'une ou l'autre.

À un autre niveau, une violence extrême peut se manifester alors que précédemment les liens n'étaient pas marqués par des relations de ce type. Ce que nous comprenons lors de la prise en charge de ces enfants-là, c'est que l'arrêt, dans les actes, des abus ne signifie pas l'arrêt, dans le psychisme, de leurs conséquences. L'enfant abusé, comme l'enfant maltraité, continue de subir psychiquement les conséquences des violences, longtemps après leur arrêt dans la réalité. Ce qui n'est pas si facilement compris des proches et des professionnels : « le père est en prison, il devrait aller mieux » ; « cela fait trois ans que les visites sont suspendues, il ne devrait plus y avoir de problème ». Le propre des maltraitances est ce génocide identitaire qu'elles imposent. Le déni d'altérité, le viol de l'intimité et de l'intégrité, l'attaque des croyances et du sentiment fondamental de sécurité psychique, détruit psychiquement l'enfant. Comme un poison dont l'action continuerait longtemps d'agir, l'inceste contamine le psychisme des enfants, abusés ou non, et infecte durablement le lien fraternel. Au sein des fratries abusées, deux mouvements à l'œuvre témoignent de cette atteinte du fraternel : les membres de la fratrie peuvent être envahis par la terreur de subir de ce frère ou de cette sœur les violences déjà endurées et simultanément, les enfants victimes sont submergés par la terreur de faire à l'autre ce qu'ils ont subi. Le lien fraternel représente un risque permanent de passer à l'acte et en protection, les enfants peuvent mettre en place des attitudes de rejet et de violence rare, pour tenter de maintenir à distance le frère ou la sœur, tout en se

protégeant eux-mêmes de tout risque de passage à l'acte. Rares sont les enfants qui spontanément s'autorisent à parler de cette terreur de l'agir ; lorsqu'ils parviennent à le faire ils expliquent ce qui interdit cette parole : la « peur de paraître monstrueux » ; la crainte de perdre l'attention de l'adulte protecteur ; l'impression d'être perçu comme « un enfant dégoûtant ayant des idées pas normales » ; la certitude d'être « comme un fou avec des idées à vomir » ; l'impression d'être « condamné à ces idées qui volent [leur] esprit et de ne plus être comme les autres », etc.

Qu'il s'agisse des fratries abusées ou non, nous constatons combien l'inceste et la révélation de cette transgression viennent déstructurer le lien fraternel. Nous l'avons rappelé, le lien fraternel est un espace relationnel à part entière et s'il s'origine dans ce qui le constitue, à savoir le lien parental, il ne saurait s'y réduire. L'événement traumatique, par l'effraction du psychisme, vient bouleverser l'organisation du pacte dénégatif fraternel qui n'assure plus sa fonction de métadéfense. La déliaison à l'œuvre ne permet plus au fraternel de penser les effractions et de s'en protéger à travers le pacte dénégatif. La dysharmonie affective au sein du lien fraternel, peut le rendre persécuteur, entraînant la mise à jour de défenses très archaïques telles que ces violences incontrôlables et incontrôlées des enfants entre eux. Elles visent nous l'avons vu, à maintenir à distance le frère ou la sœur pour limiter tout risque de passage à l'acte, tout autant qu'elle peut témoigner d'un besoin de réassurance ou d'une réelle colère à l'égard du positionnement d'un frère ou d'une sœur.

Les capacités de chacun des membres de la fratrie à pouvoir élaborer cette situation d'inceste, à pouvoir en exprimer les ressentis, à tisser des liens, à mettre en récit l'inintelligible, suite à cette révélation, sont extrêmement variables selon les situations : certains vont développer de réelles solidarités ; pour d'autres, des conflits anciens vont être réactivés et mettre en souffrance durablement le lien fraternel. Les situations d'inceste sont particulièrement complexes à prendre en charge : au dysfonctionnement familial ayant conduit à la réalisation d'actes

incestueux, se surajoutent les réactions des familles : emprise et tentative de contrôle des enfants par les parents ; verrouillage et secret pour tenter d'oublier ; rejet et agressivité à l'égard des enfants ; dégageant de toutes responsabilités, responsabilisation des enfants et positionnement en tant que victimes des parents etc.

La capacité de mobilisation psychique des uns et des autres est donc particulièrement variable et peut se comprendre en lien avec l'histoire individuelle préalable, l'histoire familiale, le lien avec le mis en cause et la place de chacun des enfants au sein de la dynamique famille avant la révélation. La fratrie blessée met en exergue les facteurs de vulnérabilité du lien fraternel, mais il nous semble important de l'envisager également comme un espace de ressources spécifiques, facteurs de créativité, permettant aux enfants de survivre au trauma et de se dégager de l'impact traumatique de l'inceste et de ses répercussions dans la dynamique familiale.

COMMENT SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES FRATRIES ?

Travailler avec les fratries nécessite de pouvoir accéder à un travail auprès des familles. Celui-ci est souvent envisagé avec des parcours thérapeutiques variables, dont l'importance est régulièrement rappelée, mais ces prises en charge doivent être abordées avec une grande prudence. Les risques de réactivation traumatique sont en effet permanents (révélation, témoignages de chacun), tout autant que les manifestations de défense extrêmement fortes pour maintenir à distance tout risque d'effraction et de perturbation de l'illusion d'équilibre. Il est ainsi fréquent que, passés quelques jours, voire quelques semaines de mobilisation, les familles développent des attitudes d'évitement à l'égard des prises en charge (oublis répétés de rendez-vous, arrivées en retard), voire les arrêtent totalement (« ça ne sert à rien... les enfants sont petits... ils vont oublier, ils n'ont pas compris, ça va les perturber »).

S'engager dans un travail thérapeutique dépasse la simple bonne volonté des personnes concernées : c'est un processus coûteux (en temps, en organisation, financièrement et psychologiquement). Pour les professionnels, ces situations nécessitent une capacité d'adaptation du cadre pour permettre que l'accompagnement puisse se faire en s'ajustant à l'évolution du niveau d'élaboration des familles. Une rupture de prise en charge devrait pouvoir être parlée avec la famille comme un temps qui participe aussi à la restauration psychique afin de lui laisser la possibilité de reprendre contact après un temps de latence ; ce que les familles n'osent rarement faire, par crainte d'être jugées négativement.

Le travail auprès des fratries permet de constater que le lien fraternel est en mutation constante et que sa dynamique s'inscrit dans la temporalité. Il est pour cela nécessaire de s'adapter, pour chaque fratrie à ses ressources et à son évolution. Là encore, le temps de l'immédiat n'est pas celui du différé.

Une des spécificités de la prise en charge des fratries confrontées à un événement traumatique est de travailler avec une temporalité qui n'est plus subjectivante, car le trauma projette ses victimes dans un temps « hors-temps », dans un espace marqué par l'agonie des repères et des croyances antérieures. Le travail thérapeutique participe à restaurer cette temporalité, pour permettre aux frères et aux sœurs de ne plus être figés dans le trauma et de ne pas être stigmatisés comme des victimes ou des enfants « survivants ». Pour cela, penser la prise en charge de fratries d'enfants victimes d'événements traumatiques nécessite d'accepter qu'ils puissent être touchés par le trauma, de s'adapter à la singularité de l'expression traumatique et de proposer des modalités de prises en charge spécifiques, en immédiat et en différé.

Lorsque la fratrie est exposée, il nous semble important de proposer un temps à chacun, mais le plus généralement frères et sœurs souhaitent rester ensemble. Le cadre doit ici être particulièrement

souple pour ne pas être vécu comme une nouvelle intrusion psychique. Ce temps, comme nous l'avons présenté précédemment, permet à l'enfant d'exprimer par les mots ou via des supports de médiation ce qu'il a ressenti. Il permet aussi de décrypter pour chacun, les réactions de l'autre qui ont pu paraître déroutantes et qui sont susceptibles d'être à l'origine d'un rejet de l'autre enfant.

.....

Pour exemple Karim et Farid pris en charge suite à l'incendie dans lequel leurs parents et leur sœur sont morts. En immédiat Karim, 8 ans, reste propre, figé dans le poste d'accueil installé en urgence. Son petit frère de sept ans semble indifférent, il plaisante avec les secouristes, joue avec des ballons gonflables dans une incapacité à trouver un apaisement qui nous semble témoigner que cette indifférence est avant tout défensive. Seul, Karim explique que son petit frère, réfugié avec lui sur le balcon a passé « des heures » à chanter « au feu les pompiers, il y a la maison qui brûle », alors que tous deux avaient vu leurs parents brûler devant eux. Sa colère est intense tout autant que sa détresse à n'avoir pu « sauver [s]es parents ». Farid, seul, est toujours agité et dans l'incapacité à se poser calmement. Nous comprenons cette agitation comme une lutte contre tout risque de nouvelle catastrophe qui le conduit à une hypervigilance constante. Il parvient à expliquer qu'il « avait trop peur de mourir » et « quand j'ai peur je chante, et j'avais tellement peur que je criais ». Il nous dit aussi combien l'attitude de son frère, « comme une statue gelée » l'a terrifié. « C'est comme s'il était mort aussi, car il ne me parlait plus, il ne me disait plus rien, il n'a rien fait pour moi. » Ce temps au plus près de l'immédiat a permis à chacun d'exprimer tous ses ressentis, qui, sans cet espace de parole seraient restés enkystés. Le travail immédiat a aussi permis un temps commun entre les deux frères, où le thérapeute a servi de matrice expérientielle, c'est-à-dire de médiation de l'un vers l'autre pour leur expliquer ces réactions et leur dire combien d'autres enfants exposés au même événement, avaient pu réagir de cette façon.

L'objectif était de limiter l'attaque du lien fraternel rendu inévitable par les réactions de ces deux garçons au moment de l'incendie. Si aucun mot, aucune explication, aucune mise en sens de ces comportements n'est faite au plus près de l'événement, le risque est que le lien fraternel soit durablement blessé. Et qu'au lieu d'être une ressource, il ne devienne un espace persécuteur.

Lorsque la fratrie n'a pas été exposée, l'urgence à apporter est surtout du côté des adultes pour que les mots prononcés, les informations données au sujet de ce qui vient de se passer pour leur frère ou leur sœur, soient le plus adaptés possibles aux enfants, sans mensonge, sans secret.

Plusieurs jours, plusieurs semaines, plusieurs mois après un événement traumatique, les remaniements psychiques sont à l'œuvre : ils peuvent être efficaces et l'on constate alors un rétablissement du lien fraternel, son renforcement et son investissement sur un registre protecteur ; ils peuvent être mis à mal de façon plus ou moins durable et avec une intensité variable, et l'on observe une déliaison du lien fraternel pouvant aller jusqu'à l'expression d'un syndrome d'aliénation traumatique (Romano, 2006). Le trauma est enkysté et ce qui est resté en attente d'être pensé fait retour, après un temps de latence très variable, dans des comportements inhabituels, des attitudes déroutantes et des réactions pathologiques qui attestent que la blessure psychique est toujours à vif.

La prise en charge thérapeutique s'organise autour de temps individuels et de temps dédiés à la fratrie, l'objectif du travail thérapeutique en différé étant d'offrir aux frères et sœurs un espace pour panser le lien fraternel et faire que leur souffrance puisse devenir partageable, pensable, élaborable. L'immédiat est de l'ordre de la réanimation psychique, le différé se situe au niveau de la rééducation psychique au sens de restauration des capacités réflexives. Le soin en différé au lien fraternel passe par la restauration d'une narrativité de cet impensable, grâce au cadre offert par le thérapeute : celui d'un espace où la mort, l'horreur, la terreur, la culpabilité, les interrogations, la colère peuvent être exprimés sans crainte de blesser ou d'être blessé. Par la construction et la formalisation de ce vécu traumatique, le thérapeute amène les frères et sœurs à expérimenter la différence entre danger intérieur (agressivité intérieure qui déborde les défenses) et danger extérieur (crainte que cette agressivité ressentie ait des conséquences néfastes sur la réalité extérieure) : la réalité traumatique se trouve transformée, décryptée, traduite et devient alors moins menaçante et synthétisable. Le fraternel peut alors être

pansé et pensé, l'altérité du fraternel peut être restaurée par ce véritable « maillage fraternel » proposé par l'espace thérapeutique.

Penser le lien fraternel dans la prise en charge d'un enfant traumatisé nécessite à la fois d'en repérer les vulnérabilités, mais également les ressources propres qui pourront être utilisées comme autant de leviers thérapeutiques dans la prise en charge. Plusieurs perspectives sont possibles : des temps individuels avec chaque enfant et des temps de regroupement de la fratrie ; mais également d'autres situations où la fratrie ne peut pas être rassemblée (distance liée à un placement, ou situations où la souffrance du lien fraternel est trop forte pour que frère et sœur soient pour l'instant réunis, sans risque de se blesser mutuellement). D'autres temps, avec des groupes de frères et sœurs, peuvent être envisagés ; pour exemple les groupes de fratries endeuillées.

Plusieurs points nous semblent pouvoir être abordés :

- l'évaluation de la qualité des liens antérieurs à l'événement traumatique est particulièrement importante à évaluer (dynamique fraterne, règles familiales) ainsi que les transformations des liens fraternels suite à l'événement, pour permettre de comprendre les enjeux d'alliance, de coalition ou de rejet au sein du lien fraternel, avant même les faits traumatiques ;
- la question identitaire, fondamentale, avec une problématique identitaire particulièrement réactivée dans les contextes d'événement traumatiques intentionnels où un parent est directement mis en cause ; autrement dit comment en tant que frère/sœur d'un enfant victime, en ayant été moi-même victime ou non, vais-je pouvoir affirmer mon identité au sein de cette famille en crise où la loi a été transgressée ? Comment vais-je pouvoir me positionner par rapport à ces parents défaillants dans leur fonction de protection et de compréhension, (et en particulier lorsqu'ils sont désignés comme agresseurs) ; comment vais-je pouvoir me situer par rapport à ce frère, cette sœur, victime ?
- la mise en récit des ressentis : ce que l'enfant a compris de ce qui s'est passé (révélation, procédure, bouleversement dans la vie de la famille), ce qu'il ressent (culpabilité, colère, doute,

interrogation). La parole est libre. Il ne s'agit pas de contraindre à la parole par une sorte d'injonction à la répétition, qui s'oppose à la restauration psychique, mais d'accompagner l'enfant pour lui permettre de se dégager de cet état de sidération psychique.

Il nous semble essentiel avant d'envisager un temps commun avec la fratrie, de proposer un temps individuel à chacun des enfants. Cet espace, préservé des contextes d'emprise et de contrôle mutuel, permet à l'enfant de pouvoir s'exprimer plus librement sans crainte de représailles, sans peur d'être jugé, sans craindre de blesser l'autre. S'ils sont d'emblée pris en charge ensemble, nous constatons très souvent que les enfants d'eux-mêmes, s'autocensurent et ne s'expriment pas librement.

Ces temps d'expression exclusivement dédiés à chaque enfant permettent de dire tout ce qu'il peut ressentir : les symptômes, la peur de devenir fou, le sentiment de souillure et d'anormalité, la peur de mourir, la culpabilité de n'avoir pu changer les choses, la culpabilité d'avoir dit, d'avoir fait certaines choses, la responsabilité des adultes, la colère à l'égard des adultes, les sentiments d'abandon, d'impuissance, la peur de la punition, de la vengeance, la terreur de faire pareil, le ressenti à l'égard de la fratrie, la crainte de l'avenir, etc. Cet espace est nécessaire pour que l'enfant expérimente le fait que les émotions peuvent être exprimées sans danger et que cela aide à ne pas être débordé par elles. Cela permet également au thérapeute de repérer le mode de fonctionnement du lien fraternel, les zones de souffrances, les espaces préservés.

Dans un second temps, lorsque cela est possible, le travail avec la fratrie peut s'organiser. Chacun, en présence de l'autre peut témoigner de ce qu'il ressent et le thérapeute est ici ce que nous avons désigné par « l'adulte transitionnel ». Le psychologue, l'infirmier, le psychiatre intervenant dans cette prise en charge immédiate n'est pas qu'un témoin bienveillant (Alice Miller). C'est un « relais » au sens où le relais est un « dispositif permettant à une énergie relativement faible de déclencher une énergie plus forte. » Mais pour rendre compte de l'interaction il nous apparaît ici plus

juste de parler « d'adulte transitionnel » au sens attribué par Winnicott pour décrire l'espace transitionnel entre la mère et son enfant :

« Dans la vie de tout être humain il existe une troisième partie que nous ne pouvons pas ignorer, c'est l'aire intermédiaire d'expérience à laquelle contribuent simultanément la réalité intérieure et la vie extérieure. » (Winnicott, 1971)

La prise en charge de la souffrance inhérente à un traumatisme psychique, s'inscrit dans cet espace, dans cette rencontre entre deux espaces psychiques, celui du sujet et celui qui devient dépositaire de sa parole. Il est celui par qui « ça peut parler » ; celui qui permet la traduction de l'indicible et que des mots puissent être posés sur des éprouvés ou des actes. Ces enfants ont subi la violence du secret, ils ont certaines fois expérimenté une parole devenue toxique voire mortifère, lorsqu'ils n'ont pas été entendus, crus et protégés. Proposer un espace où la relation langagière leur permettra de restaurer le lien fraternel nécessite une attention constante à chacun, pour contenir les manifestations des réactivations traumatiques et leur permettre de décrypter ce qui fait violence dans leur relation. Il faut du temps, certaines fois beaucoup de temps à l'enfant ou à l'adolescent pour que cette confiance en l'autre, comme support de sa parole, puisse être restaurée. Lorsque frère et sœur ne peuvent pas être réunis (hospitalisation, placement), il est possible de travailler sur le lien fraternel en autorisant l'enfant à s'exprimer par rapport à sa fratrie et en l'accompagnant dans son travail de décryptage des ressentis. Ce travail de restauration du lien fraternel prend du temps et peut être régulièrement fragilisé par les interventions parentales ou dans certains cas, par les procédures. L'expérience permet pourtant de constater, que lorsqu'il peut être mené dans la durée, frère et sœur comprennent le sens de ce qui les fait souffrir ; ils peuvent réinscrire dans le champ du symbolique les traces traumatiques et faire qu'elles soient désormais pensables et nommables. Le lien fraternel devient alors une force essentielle qui leur permet de continuer de vivre.

Pour chaque famille confrontée à un événement traumatique, et en fonction de chaque contexte, les prises en charge des fratries nécessitent de pouvoir se positionner face à soi-même et dans le rapport à l'autre ; en limitant d'autres secrets, d'autres silences, d'autres réinterprétations de l'histoire. La relation fraternelle dans le contexte d'un dysfonctionnement parental peut constituer une ressource thérapeutique pour l'enfant et avoir cette dimension de tuteur de créativité, si l'on prend soin d'en décrypter les blocages éventuels et les souffrances manifestées. Cette attention portée aux fratries, à toutes les fratries, introduit un degré de complexité supplémentaire pour les intervenants et l'ensemble des professionnels impliqués. Mais cette démarche nous semble indispensable pour penser l'enfant victime dans toute sa singularité et être en mesure d'envisager une prise en charge respectueuse de ce qu'il est.

La thérapie fraternelle est à entendre comme une restauration de ce lien fraternel, afin qu'il soit investi comme un support de sens, sécurisant et protecteur, et non plus perçu comme un risque d'anéantissement, porteur de désastres. Le thérapeute permet ainsi, à l'enfant et à sa fratrie, de mettre progressivement en place un travail d'historicisation autorisant le passage de l'univers effracté vers un monde pensable. Ce processus prend du temps, et dans ce « travail post-traumatique » le thérapeute n'est pas qu'un témoin bienveillant, il est véritablement un adulte transitionnel (Romano, 2003) au sens de Winnicott, un « passeur de maux », « l'aiguilleur de sens » de la trace traumatique, celui par qui « ça peut parler » pour que le traumatisme ne s'enkyste pas comme un temps mort de la vie, mais s'inscrive comme un temps qui participe à la vie.

Le trauma ne détruit pas le lien fraternel, il le met à vif, le fragilise, le dépouille de tous ses repères et de toutes ses défenses antérieures. Pour résister au désastre, le fraternel doit pouvoir être réinvesti comme un lien de vie, avec la vie et pour la vie, et non comme un lien de survie, persécuteur et porteur de mort.

Chapitre 11

Quelles répercussions pour les amis de l'enfant ?

DANS LA VIE DE L'ENFANT, les amis tiennent une place importante. Ils permettent à l'enfant de s'ouvrir vers le monde extérieur et d'expérimenter d'autres rapports humains que ceux de la famille. Ces relations lui permettent aussi de se voir à travers le regard de l'autre et donc de mieux se connaître, tout en apprenant les règles sociales propres à la vie en société.

Quand des épreuves viennent bouleverser la vie de l'enfant ou de l'adolescent (conflits familiaux, maladie, deuil), le recours aux amis est souvent précieux pour retrouver du réconfort. Il permet aussi à l'enfant de restaurer sa continuité d'être en redevenant un enfant (et non pas un malade, une victime ou un endeuillé). Certains amis peuvent être particulièrement attentifs. D'autres peuvent être dans un premier temps compréhensifs et apporter leur soutien à l'enfant traumatisé. Mais dans un deuxième temps, si les faits les effracent trop psychiquement, ils peuvent subitement le rejeter. Cette réaction défensive de ceux à qui il avait fait confiance, est pour l'enfant traumatisé une nouvelle blessure.

.....
Damien, blessé au visage par son père alors qu'il essayait de protéger sa mère revient au collège quelques jours après la fin des vacances de Noël. Pensant bien faire, le chef d'établissement est passé dans toutes les classes pour expliquer ce qu'il avait compris de ce qui s'était passé. À son arrivée, il est guetté par la majorité des élèves. Son visage défiguré par les 19 points de sutures le marque inévitablement vis-à-vis de ceux qui ne le connaissaient pas, mais qui ont été informés de

« l'histoire par le directeur ». Alors qu'il était très bien intégré avec de multiples copains, il est raillé, agressé verbalement et physiquement. Les humiliations se multiplient et nous avons expliqué dans un chapitre précédent qu'il est alors surnommé « 20 trous ». L'explication donnée par ses camarades étant « que le vingtième trou ce serait l'œil que lui arracherait son père à sa sortie de prison, comme il l'a fait à sa mère ». D'aucun méconnaissant les processus psychiques à l'œuvre chez les enfants, s'horrifierait de tels propos et de tels actes et dénoncerait la « cruauté des enfants ». Mais ces jeunes adolescents ont été bien involontairement, agressés psychiquement par le témoignage du chef d'établissement. Sans penser à mal, mais sans retenue et sans attention aux modes de pensée de ces jeunes élèves, il a projeté sa propre représentation de l'événement, ses peurs, ses attentes. En face de lui, les élèves n'avaient ni les mêmes ressources cognitives pour penser ce qui était en train de leur être dit, ni les ressources affectives suffisantes pour supporter une telle annonce. Ce père agresseur est un père qu'ils connaissaient plus ou moins, un homme investi dans la vie de l'établissement. Que lui, ait pu, pour reprendre l'expression d'un enfant « devenir fou », leur laissait à penser que tout père, y compris le leur, risquait de basculer brutalement dans la folie. Ce qui était impensable, insupportable. Psychiquement, pour résister à de tels propos, ils n'avaient pas d'autres choix que de maintenir à distance la preuve vivante de cet acte et l'expulser de leur monde.

Pour Laura, les viols subis lui ont fait « traverser la vie trop vite et changer de vie ». Elle ne parvient plus à être bien avec ses camarades. « Ce n'est pas que je ne les trouve pas intéressant, mais je sais bien que je ne pourrais jamais vraiment tout leur dire ; ils ne comprendraient pas. Alors je me sens étrangère, trop étrangère. » Pour Clara rescapée de l'attentat du Caire c'est le même sentiment d'étrangeté et de souffrance à ne pas pouvoir partager l'indicible avec l'ensemble de ses amies, même si pour une d'entre elle, l'événement les a rapprochées.

Pour limiter ces réactions qui sont à comprendre comme autant de signes de souffrance, il est important que les adultes (parents, proches, professionnels) soutiennent l'enfant exposé à un événement traumatique. Mais il est tout aussi essentiel de ne pas ignorer ses amis et ses camarades. Ces enfants et ces adolescents sont eux aussi confrontés à quelque chose qu'ils ne maîtrisent pas et les informations qui leur sont données sont parfois formulées de façon précipitée et maladroite. Le lien d'amitié est atteint par l'événement traumatique. Il peut durablement être mis à mal, mais également se trouver renforcer par la suite, comme nous l'explique Iman, très proche de Clara : « quand elle est partie au Caire j'étais un peu jalouse, mais en même temps contente pour elle. Quand j'ai appris qu'il y avait une morte j'ai cru que c'était elle. J'étais trop contente de la voir revenir. Mais après c'était comme un malaise.

Elle n'en parlait pas et faisait comme si rien ne s'était passé alors que moi je voulais tout savoir, pour comprendre et pour l'aider. J'ai bien cru qu'on allait se fâcher pour toujours. Et puis on a appris à évaluer comme ça ; c'est comme si on s'était redécouvertes, comme des nouvelles amies. Mais ce que je sais et ce qu'elle sait de ce qui s'est passé là-bas, ça nous a rendues plus fortes dans notre amitié. »

Chapitre 12

Quelles répercussions pour les professionnels ?

PRENDRE EN CHARGE ET S'OCCUPER d'un enfant traumatisé est une expérience bouleversante. Les situations d'enfants victimes d'événement traumatique sont rarement identifiées et prises en charge avec une réelle objectivité et dans un contexte serein : l'urgence et l'horreur de ces situations contaminent souvent les équipes, qui se trouvent alors prisonnières d'affects inconciliables. La terreur, la fascination, tout autant que le désir de porter secours et de prendre en charge, se trouvent en effet intimement liés. S'ajoutent à cela les représentations préalables qu'ont ces professionnels de l'enfant traumatisé, souvent en total décalage avec les troubles présentés en immédiat. Par exemple, les réactions « distancées » d'enfants présents lors d'événements traumatiques déroutent les professionnels qui ont alors tendance à ne pas croire ou à minimiser les blessures endurées.

.....
Pour exemple Célia, petite fille de six ans violée par un animateur du centre aéré, mais dont le comportement qualifié de « jovial » par les policiers continue de maintenir le doute malgré les constats médico-légaux sans équivoque. Ou Sarah présente lors de l'incendie de sa maison et qui assiste à la mort de sa petite sœur. Une fois sortie des flammes, elle dessine spontanément des grands cœurs et de belles fleurs, qui laissent à penser « qu'elle n'a pas compris » et qui conduisent les sauveteurs à minimiser l'impact de ce qu'elle a pu vivre et ressentir.

Pour les professionnels de l'enfance, s'occuper d'enfants ou d'adolescents n'est pas si simple. Ils sont sollicités non seulement au niveau de leurs compétences professionnelles, de leur cohérence institutionnelle, mais aussi au niveau individuel dans leurs représentations, dans leurs désirs inconscients et conscients. Cela peut en particulier les renvoyer à la place qu'ils occupent en tant que parents à l'égard de leurs enfants lorsqu'ils en ont, mais peut aussi les interroger de façon plus inconsciente à leur propre place en tant qu'enfant de leurs parents. Lorsque des professionnels sont amenés à prendre en charge des enfants en souffrance, la charge émotionnelle est souvent forte et peut déclencher d'importantes projections liées au débordement des mécanismes de défense habituels. Les mécanismes de défense ne sont pas des stratégies conscientes, mais sont des processus psychiques visant à défendre le sujet face à des agressions extérieures susceptibles de le mettre en danger psychiquement. Autrement dit, le sujet met inconsciemment en place des moyens pour se protéger d'une réalité perçue comme dangereuse et pour rejeter certaines émotions douloureuses hors conscience. Ainsi, un mécanisme de défense sert à diminuer l'anxiété ou la souffrance ressentie et permet un soulagement momentané. Habituellement l'usage des mécanismes de défense est souple, mais face à des situations psychiquement éprouvantes, ce processus psychique est débordé et peut conduire le professionnel à ne plus pouvoir contenir ses ressentis.

L'enfant en souffrance peut en effet transmettre une part de son traumatisme et le professionnel se trouver véritablement contaminé par l'impact traumatique de ce que lui dit cet enfant, de ce qu'il a subi, de ce qu'il exprime. Leur sentiment d'insécurité psychique est à la mesure de la complexité de ces prises en charge. En réponse à l'inintelligible, le professionnel peut exprimer des réactions multiples et complexes. Ces réactions sont complexes car elles peuvent être dirigées contre soi (sentiment de perte de contrôle, d'impuissance ou de toute puissance, de désespoir, d'inutilité) ou contre l'enfant (désir de réparation, sentiment de rejet, de dégoût, de peur, d'indifférence, de détachement, de doute, de suspicion, de fascination, de haine).

Certains de ces ressentis peuvent être partagés entre l'enfant et l'adulte qui le prend en charge, d'autres sont spécifiquement éprouvés d'un côté ou de l'autre.

LES RÉACTIONS POSSIBLES

Ces réactions sont multiples car elles peuvent s'exprimer de différentes façons, dont les principales sont :

- le déni, qui permet de se détacher comme si ce n'était pas vrai. Ce qui peut conduire le professionnel à être dans l'incapacité d'entendre ce qui lui est dit et de penser la situation. La souffrance de l'enfant est déniée, méprisée. Dans ces situations, le professionnel élabore souvent de véritables croyances dont il refuse de se dégager, ce qui le conduit à se bloquer sur des interprétations abusives, des préconçus, des jugements partiels visant à se rassurer sur le fait que l'enfant ne peut pas être blessé par l'événement qu'il vient de subir ;
- la banalisation pour limiter sa propre émotivité. Elle peut conduire l'adulte à minimiser ce que l'enfant essaye de lui dire et/ou à renforcer son sentiment de culpabilité en lui laissant croire que ce qu'il subit n'est pas si grave ;
- l'identification projective, « se mettre à la place de... », ce qui fait que le professionnel n'est plus à sa place et perd son identité. Confrontées à un enfant victime d'événements traumatiques, les formations intermédiaires et spécialement les formations du préconscient sont mises en faillite sous l'effet d'un double collage du moi : à l'objet traumatique et à l'enveloppe pare-excitatrice. Cela s'accompagne parfois d'une identification à la victime, l'enfant traumatisé comme double de soi est projeté sous forme d'objet persécutif qui sert de support à une culpabilité traumatique alimentant une compulsion de répétition amenant l'adulte transitionnel à se vivre comme victime effective. Il peut générer de véritables mouvements d'appropriation envers l'enfant en réponse à la pression de motions d'essence maternelle. Le mouvement

inconscient retourne vers les voies de décharge directe, ces collages produisent un effet de confusion : la confusion topique ne sépare pas le dire du faire, l'action de la représentation. Ces confusions entretiennent la charge traumatique et sa répétition, à la mesure de l'écrasement du préconscient et de l'immobilisation pathologique des processus transitionnels ;

- l'évitement, conduit le professionnel à tenter d'échapper à la prise en charge, soit en évitant l'enfant et/ou sa famille, soit en ne se rendant pas disponible auprès des collègues. Il peut ainsi arriver qu'après des années de mesures et de procédures, les professionnels omettent toujours de demander à l'enfant ce qu'il pense de cette histoire qui est avant tout son histoire, ce qu'il en comprend, ce qu'il ressent, ce qu'il souhaiterait. L'évitement peut également conduire à taire à l'enfant la réalité des faits. Pour exemple ces deux enfants blessés dans l'accident de voiture où leurs parents sont décédés et qui après plus de six heures passées seuls à attendre aux urgences n'avaient toujours pas eu la confirmation de la mort de leurs parents ; chaque professionnel évitant de les approcher trop longtemps pour éviter toutes questions à ce sujet ;
- la fascination qui conduit à se précipiter sur l'enfant et à agir très vite, avec une sorte de court-circuitage des processus habituels de pensée et une invalidation de tout esprit critique, ce qui conduit à des passages à l'acte sans respect de l'enfant et certaines fois sans respect des procédures habituelles ; pour exemple des signalements précipités ou au contraire absence de signalement par toute confiance dans leurs capacités à promouvoir un changement suffisant ou par défiance à l'égard d'autres services.

La mise en mot du trauma par l'enfant, la mise en acte de sa souffrance par des troubles, la transmission d'informations sur l'histoire traumatique de l'enfant par d'autres professionnels bouleversent les adultes chargés de s'occuper de lui.

.....
Pour exemple cette prise en charge de Salam, 11 ans, jeune Irakien rapatrié suite à la prise d'otage et l'attentat dans la cathédrale de Bagdad. Gravement blessé par

balle il doit être pris en charge par une équipe pédiatrique qui est informée de l'histoire de cet enfant. Au cours de l'agression il a perdu ses parents et n'a pas encore été informé de leur décès. Au-delà de ses blessures, les soignants vont devoir également l'accompagner dans l'annonce de ces décès et dans ce deuil traumatique. Lors de la transmission de ces différents éléments, la réponse du cadre témoigne de la violence ressentie et de l'incapacité, sur le moment, à penser : « Ça fait beaucoup, nous dit le cadre. On ne savait pas tout ça. Il faut venir, nous on n'est pas habitué à ça. On ne va pas pouvoir gérer ça. » Le "ça" est cette mort présente dans la vie de Salam, dans son corps comme dans son histoire familiale.

Pour d'autres professionnels, comme ces enseignants prenant en charge des enfants victimes de violences de guerre, l'impact traumatique est tout aussi fort : « qu'est-ce que je vais pouvoir lui dire ? » ; « J'aurai préféré ne pas savoir », « c'est impossible de travailler avec cet élève-là, il me renvoie trop de choses », « la meilleure des choses ce serait qu'il change de classe », « elle ne pourra jamais plus être intégrée, pourquoi ne pas lui proposer de changer d'établissement ? », « je n'en peux plus, il n'est plus tenable, il se croit maintenant tout permis, je n'en veux plus dans mon cours » ; « je ne sais plus comment faire, c'est trop violent ».

Parole ou silence, l'énigme fait toujours partie de ce que l'enfant peut révéler à l'adulte. Cette énigme repose autant sur l'horreur de la réalité de ce qu'il a subi que sur les représentations que l'adulte en a. L'enfant ne sera écouté qu'en fonction de ce que les adultes pensent ou veulent de lui, puisqu'en fin de compte, ce sont eux qui définissent les règles du jeu et son arbitrage. Il s'agit pour l'adulte de comprendre la parole de l'enfant sans trop y projeter ses propres fantasmes, ses propres préjugés, ses propres difficultés ; mais aussi de faire davantage pour le service de l'enfant qu'en fonction de ses intérêts d'adulte.

Nous l'avons expliqué précédemment, l'enfant peut rester pour de multiples raisons dans le silence. Mais ce n'est pas parce qu'il parle, qu'il sera pour autant entendu. Il y a un temps où la parole est rendue possible, ce qui ne veut pas dire qu'elle est accessible à ceux à qui elle s'adresse. La plainte face à la souffrance ressentie, la révélation face à des violences subies, libèrent partiellement de l'effroi et participent au processus de restauration de l'enfant victime. Alors même qu'elle devrait s'inscrire comme le signe d'un apaisement des conflits, la parole qui dévoile le trauma bouleverse l'entourage de l'enfant qui est contraint d'effectuer un travail de décryptage en soi et se trouve bien souvent dans l'incapacité

d'élaborer cet événement et de l'intégrer dans sa dynamique psychique. Elle vient réactiver violemment le décalage interprétatif (Piera Aulagnier) inhérent à toute relation entre un enfant et un adulte du fait de la différence de l'espace psychique de l'un et de l'autre. Confrontés à un déficit de figurabilité, précipités dans ce gouffre de souffrance du corps meurtri, sidérés par le vide laissé par les émotions non pensées, les adultes ploient sous le poids du réel et de l'imaginaire. Les réactions du cadre du service médical accueillant Salam, comme des enseignants cités, attestent de cette incapacité à se figurer le trauma et ses conséquences. Mais leurs réactions d'incrédulité s'adressent davantage à l'enfant qui est en eux qu'à l'enfant qui révèle. Elles sont l'expression d'un vécu d'étrangeté qu'ils ne s'autorisent pas à identifier comme tel, car cela fragiliserait plus encore leur équilibre psychique.

La relation entre le professionnel chargé de l'enfant et celui-ci est un lien fragile. Toute souffrance de l'un d'eux est alors immédiatement ressentie par l'autre. Toute perturbation de l'équilibre représente une attaque de cet espace qu'il s'agit de limiter. Non identifiée car étrangère à tous ses repères, la parole de l'enfant meurtri est pour l'adulte source d'un réel danger car elle menace irrémédiablement les rapports préexistants entre lui et l'enfant.

L'enfant traumatisé, par sa plainte plus ou moins directe, nous renvoie à cet enfant refoulé en nous, sa parole traumatique actualise le temps de l'infantile chez l'adulte transitionnel de façon similaire à la réactualisation du temps de l'infantile chez l'enfant victime d'un événement traumatique. Le réveil des conflits hors-mémoire, peut exacerber la culpabilité, la dépression, les défenses onnipotentes, autant de symptômes de l'impuissance désespérée dans laquelle l'adulte est placée. La révélation présente un risque d'aliénation pour l'adulte sollicité, elle ravive sa problématique inconsciente et le place dans une confusion qui le dépasse d'autant plus qu'elle attaque le lien intergénérationnel. Victime de cette confusion identificatoire déclenchée par la parole de l'enfant, le professionnel peut être piégé par ses projections mortifères qui touchent les zones sensibles de sa

personnalité, et risque de s'enfermer avec l'enfant dans l'intemporalité narcissique : la mort psychique.

François Lebigot (2001) décrit :

« Dans le trauma, une image du réel de la mort va faire effraction dans le psychisme et s'y incruster, comme un corps étranger. »

En l'absence de représentation de sa propre mort une des réponses possibles est alors de vampiriser l'enfant victime, de lui accorder un nouveau statut qui permettra à l'adulte transitionnel de sortir de la confusion dans laquelle la révélation de l'abus l'a plongé et d'assurer ce que Roussillon (2001) désigne comme un « désinvestissement protecteur » : « donné pour mort » l'enfant victime de trauma est ainsi sacrifié à l'économie psychique de l'adulte transitionnel qui préfère ne pas le faire vivre plutôt que de prendre le risque d'être submergé émotionnellement par l'enfant refoulé en lui auquel il le renvoie. Mais cela ne signifie pas pour autant que l'effraction consécutive à la plainte de l'enfant n'ait pas laissé de traces dans l'organisation psychique de l'adulte transitionnel : les traces de ces prises en charge d'enfants exposés au trauma perdurent dans les histoires de chaque professionnel y ayant été confrontées.

DE L'ENVIRONNEMENT « SUFFISAMMENT BON » À L'ADULTE TRANSITIONNEL

Ferenczi décrivait déjà en 1932 que « l'effet durable du trauma provient de l'absence d'un environnement bienveillant, compréhensif et éclairant. » La force de l'impact traumatique de la prise en charge d'un enfant exposé au trauma dépend en grande partie de la capacité de l'environnement à être au sens de Winnicott, « suffisamment bon », c'est-à-dire capable de s'adapter sur un mode actif aux besoins et aux attentes spécifiques de l'enfant traumatisé. Pour Winnicott l'objet, c'est-à-dire la mère ou son substitut, doit être déjà là et répondre adéquatement aux besoins de l'enfant pour que

celui-ci ait le sentiment de le créer. Il constitue la trace ardue, vivante et durable de ce qu'on accepte de perdre comme prix de toute découverte. L'objet n'est trouvé que parce qu'il est perdu : il fonde ainsi la possibilité de distinguer le monde interne du monde externe parce qu'il aura été intériorisé. Il nous semble que les processus à l'œuvre dans les suites d'un événement traumatique réactivent cette expérience infantile. La dimension apaisante de la prise en charge n'existe que par cette rencontre entre cet enfant meurtri par le trauma et un adulte *good enough* dont la réponse aura des qualités traumatolytiques susceptibles de limiter les conséquences négatives liées à l'événement.

.....
Le docteur B. est régulièrement sollicitée pour des signalements d'enfants maltraités. « J'écoute l'enfant. Je me présente toujours à lui, mais les situations sont très différentes, la plupart du temps je reçois les enfants à la demande d'un enseignant, d'un principal, mais il arrive que des jeunes prennent rendez-vous pour m'en parler directement. [...] Quand il y a un examen suite à un signalement je demande toujours à l'enfant s'il connaît les raisons de notre rencontre. Certaines fois il parle spontanément « oui vous voulez me voir parce que j'ai dit ça à la maîtresse ou parce que j'ai fait ça. » La discussion s'engage et je prends soin de noter le plus précisément possible ce qu'il me dit. Dans d'autres situations plus rares, il peut refuser de parler, rester prostré et ne même pas opiner de la tête quand je lui parle. C'est vraiment difficile, mais à chaque fois que des examens ont commencé comme cela, il y a eu à un moment donné une « rupture » de ce silence soit par des larmes soit par de la colère. [...] Lorsque le jeune vient spontanément j'essaie de le laisser s'exprimer. Avant, les premières fois où j'ai été confronté à des révélations de ce type, je posais beaucoup de questions, je n'arrêtais pas de l'interrompre. Maintenant je laisse le jeune parler et je prends soin de ne pas l'arrêter. »

Pour Madame Z., cadre dans un service d'urgence pédiatrique, l'attention portée à l'enfant « est à chaque fois différente. Il y a des enfants qui expriment d'emblée beaucoup de choses, leurs peurs, leurs chagrins, leur colère, leurs inquiétudes. Et puis d'autres, qui restent fermés, silencieux, comme des petites choses et qui ne demandent rien, qui ne se plaignent pas, mais qui ont toute leur douleur et leur terreur dans le regard. Ce n'est pas plus simple avec les premiers qu'avec les seconds. Dans les deux cas, nous avons à prendre en charge des enfants qui souffrent, avec toujours la même inquiétude de ne pas surajouter à leur chagrin et d'éviter les maladresses. C'est épuisant pour nous, mais c'est essentiel pour pouvoir rester disponibles auprès d'eux et essayer de bien les comprendre. »

Ces expériences de professionnels témoignent d'une même capacité à soutenir l'enfant traumatisé et à l'écouter dans la réalité

de ce qu'il a vécu et ressenti. En termes de marine, l'écoute est le cordage servant à orienter une voile. En fonction de l'orientation donnée, l'effet sur les voiles varie et le bateau avance plus ou moins vite. La qualité de l'écoute d'un adulte face à un enfant exposé à un événement traumatique a cette même fonction : pouvoir s'ajuster pour lui permettre de continuer à avancer, en limitant tous nouveaux heurts. Pour l'enfant traumatisé la restauration de la capacité à la mise en récit est ici essentielle. Mettre en mots permet de construire la pensée et de restaurer le lien aux autres. Cela peut se faire par le langage ou via des objets de médiation thérapeutique qui seront des supports à sa parole.

La rencontre régulière avec de multiples situations de détresse et de souffrance psychique peut confronter le professionnel à des moments éprouvants soit à cause de tel ou tel événement de vie qu'il traverse, soit à cause de ce que cet enfant pris en charge vient réactiver, soit à cause d'un isolement lié au manque de soutien au sein de l'équipe ou aux dysfonctionnements institutionnels, voire aux pressions politico-médiatiques (Lachal, 2006). En réponse à cette effraction psychique que représente la contamination traumatique, certains professionnels peuvent alors manifester des troubles psychosomatiques, une réelle angoisse, des réactions dépressives voire un véritablement épuisement professionnel (*burn-out*) mettant à mal tant leur vie personnelle que professionnelle. Il s'agit donc de ne pas méconnaître ou minimiser les réactions possibles face à la prise en charge d'enfants et d'adolescents exposés au trauma, pour ne pas hypothéquer la qualité de leur prise en charge et mettre en souffrance les professionnels. Ne pas reconnaître les effets possibles du trauma du côté des professionnels prenant en charge des enfants et des adolescents victimes, c'est prendre le risque que ces adultes soient, à un moment donné, source d'insécurité et source de survictimisation pour l'enfant, par renforcement de la souffrance traumatique. Pour que l'enfant puisse restaurer sa confiance en l'autre, pour qu'il parvienne à se dégager du trauma, les professionnels doivent être en capacité de lui parler et de lui dire les choses qui le concernent. Il est de la responsabilité de chaque

professionnel de reconnaître ses limites et de s'appuyer, lorsqu'elles sont perçues, sur des structures d'aide, quelle qu'en soit la forme. C'est aussi la responsabilité des services et des institutions impliqués, que d'admettre la violence potentielle de ces prises en charge. Sans impulsivité ou stigmatisation, mais avec discernement de manière à offrir à ses personnels des lieux d'écoute, des temps d'analyse de pratiques pour qu'ils ne soient plus sous la pression de l'urgence à agir, de procédures administratives à réaliser, de signalements immédiats ou de prises en charge à tout prix, mais qu'ils puissent trouver un espace de parole, de répit, de distanciation où les projections mortifères activées par ce type de prise en charge, pourront être nommées, déposées, traduites puis métabolisées.

C'est de la capacité des professionnels de l'enfance à reconnaître la charge projective de ce type d'accompagnement que dépendra la possibilité de la contrôler pour assurer à l'enfant une prise en charge humanisante sur laquelle il pourra s'étayer pour se reconstruire, panser ses douleurs et apprendre à vivre au-delà de ses blessures physiques et de ses douleurs psychiques invisibles.

QUELLES PRISES EN CHARGE POSSIBLES POUR L'ENFANT ?

L'enfant exposé à un événement traumatique peut se trouver pris en charge de multiples façons : au niveau médical, psychothérapeutique, scolaire, judiciaire. Chaque temps le confronte à des logiques distinctes, des personnes différentes et des questionnements multiples.

L'enfant victime d'événement traumatique peut être blessé dans son cœur, dans sa tête, dans son corps et le temps médical devenir un temps essentiel de sa prise en charge. Certaines blessures sont visibles, repérables, mesurables ; d'autres, nous l'avons rappelé,

sont plus discrètes voire invisibles comme les blessures psychiques. Le temps médical s'inscrit dans les services d'urgence, les services de pédiatrie ou dans le bureau des experts sollicités au pénal ou au civil. Les objectifs sont donc différents, il peut s'agir de soins, de traitements prophylactiques, ou d'évaluation des répercussions de l'événement dans la vie de l'enfant. Alors même que l'événement traumatique représente une effraction psychique et corporelle indicible, le corps de l'enfant victime d'événement traumatique se trouve exposé au corps médical et à de nouvelles intrusions. Pour l'enfant, ce temps médical peut être vécu comme un temps de réassurance, sur le fait que le monde des adultes n'est pas totalement défaillant et que certains sont encore en capacité de s'occuper de lui et de le soigner. Il peut également être un temps de restauration de l'image inconsciente du corps en particulier chez les enfants qui se ressentent comme « abîmés », « cassés », « différents », « plus comme les autres », etc. Le temps du soin, s'il est accompagné de mots visant à expliquer à l'enfant les examens réalisés, est alors un temps qui participe à le réinscrire dans une continuité d'être. L'apaisement de la douleur physique tout autant que l'apaisement de la souffrance psychique sont ici intimement liés.

.....
Mahannad, 8 ans et blessé dans un accident de car scolaire, nous l'explique : « Je n'oublierai jamais les docteurs du Samu. J'avais tellement mal. Quand ils sont arrivés, ils m'ont dit que j'étais courageux et ils m'ont soigné tout de suite. Ce n'est pas que je n'avais plus peur, mais je savais que je n'étais plus seul et qu'ils allaient me sauver. »

Pour d'autres enfants, les examens sont ressentis comme une violence et une véritable intrusion supplémentaire dans leur corps déjà mis à mal par l'événement. C'est un risque important lorsque les intervenants ne mettent aucun mot sur ce qu'ils font, n'expliquent rien à l'enfant et ne voient plus qu'un corps à soigner. Dans ces cas-là, les mensonges, la fausse réassurance, la banalisation voire le déni, envahissent tout l'espace de soins. Pour exemple des expressions telles que « ce n'est pas grave », « il y a juste une petite

piqûre », sont à éviter car l'enfant a alors l'impression de ne pas être compris et n'accorde plus sa confiance à cet adulte.

.....
Lucas nous explique son ressenti lors de la pose de la perfusion suite à l'accident de voiture qu'il a eu avec ses parents : « elle [l'infirmière] m'a dit que ça ne faisait pas mal, et bien tu sais ce n'est pas vrai, j'ai eu super mal et en plus comme ça m'a surpris j'ai bougé et elle m'a crié dessus de rester calme. »

Il est plus ajusté d'expliquer ce qui est fait, avec des mots simples et d'essayer tant que possible d'associer l'enfant aux soins, non seulement pour occuper son attention, mais aussi pour ne pas le laisser dans un total état d'impuissance. Par exemple, il aurait pu être dit à Lucas : « pour pouvoir bien te soigner, nous allons installer "ça" qui s'appelle une perfusion. Je vais te faire une piqûre pour pouvoir l'installer. Cela va peut-être te piquer un peu, si jamais c'est le cas dis-le moi. Je compte sur toi et je vais te demander de tenir cette compresse (en occupant l'autre bras). »

L'enfant risque également de s'imaginer des choses très éloignées de la réalité, comme Alice mise sous traitement prophylactique suite aux viols subis lors d'une soirée avec d'autres collégiens et qui s'était convaincue que les médicaments devaient lui éviter de mourir. Valoriser l'enfant à l'issue des soins est aussi particulièrement important, même s'il a craqué au cours des examens et été difficile à soigner ; par exemple : « beaucoup d'enfants pleurent comme toi, et je sais que c'est un examen compliqué, qui fait peur et/ou qui est désagréable et des fois qui peut faire mal. Tu as été très courageux et tu peux être fier de toi. » Certains services d'urgence ou services pédiatriques ont ainsi conçu des « diplômes d'enfant courageux » que les soignants remettent aux enfants à leur sortie. Cette attention restaure non seulement l'estime de lui-même de l'enfant face aux soins et participe également à renforcer son sentiment d'appartenance dans la mesure où d'autres enfants, comme lui, ont eu à subir ces examens.

Lorsqu'ils sont pris en charge, les enfants victimes se trouvent souvent précipités chez le « psy », avec l'illusion que le « psy » pourra tout apaiser et régler toutes les difficultés. La prise en charge thérapeutique nécessite du temps. Du temps pour s'assurer que l'événement peut être abordé avec l'enfant ; du temps pour repérer l'évolution des éventuels symptômes ; du temps pour éviter que l'enfant ne soit contraint à la prise en charge. Au-delà du temps de la prise en charge médico-psychologique immédiate qui nous paraît essentielle et que nous avons décrite précédemment, il nous semble que la prise en charge thérapeutique ultérieure devrait être souple. Dans certains cas, une prise en charge avec des rendez-vous fréquents est adaptée. Dans d'autres situations, les rendez-vous peuvent être plus espacés pour s'ajuster à l'enfant. Rencontrer un psychologue, un pédopsychiatre ou un psychothérapeute ce n'est pas « être fou », mais c'est rencontrer une personne qui s'occupe d'autres enfants qui eux aussi ont vécu des choses difficiles. L'espace thérapeutique devrait être présenté à l'enfant comme *son* espace, un lieu qui n'appartient qu'à lui où il peut exprimer ce qu'il ne peut pas forcément dire à l'extérieur (parents, fratrie, proches, copains), avec un professionnel qui est là pour lui permettre de décrypter ce qu'il peut ressentir, de mieux gérer ses peurs, sa gêne, ses inquiétudes, ses questionnements.

L'entourage de l'enfant et les professionnels intervenant auprès de l'enfant ont souvent tendance à demander une prise en charge immédiate. Si celle-ci est précieuse en particulier pour évaluer l'impact traumatique et les troubles psychotraumatiques éventuels, il faut comprendre que de nombreux enfants auront besoin d'une aide et d'un accompagnement psychothérapeutique à d'autres moments de leur vie, en particulier à l'adolescence et que pour certains, le temps de latence entre les faits subis, les troubles manifestés et les troubles ressentis, peut être long. Dans d'autres cas, c'est l'enfant qui demande de l'aide, mais ses proches qui peuvent refuser de façon plus ou moins claire, par crainte des bouleversements que

cela pourrait entraîner et bien souvent par peur d'être jugés comme n'ayant pas su apaiser et réconforter leur enfant. Les prises en charge thérapeutiques ont un coût : financier (si elles ne s'organisent pas dans le secteur public), temporel (se rendre disponible pour les rendez-vous), mais aussi psychique. C'est aux thérapeutes de bien le comprendre, pour proposer la prise en charge la plus adaptée.

Dans ce type de situation, il est précieux que les prises en charge psychothérapeutiques proposent des temps individuels (pour l'enfant et d'autres pour ses proches) et des temps familiaux (avec la fratrie et/ou les parents).

Le temps de l'expertise médicale ou médico-psychologique est un tout autre temps du soin. L'expertise peut être au pénal ou au civil, avec des objectifs différents transmis par les magistrats pour évaluer différentes répercussions possibles sur l'enfant. Il y a donc bien souvent plusieurs expertises pour un même enfant ; certaines très près de l'événement, d'autres plusieurs mois, voire plusieurs années après celui-ci. Si la prise en charge médicale et thérapeutique est libre, l'expertise est imposée et l'enfant n'a pas d'autres choix que de s'y soumettre. Certains enfants tentent de s'y opposer en restant dans le silence, en refusant les épreuves projectives ou graphiques demandées par l'expert. Ces actes de résistance sont surtout constatés chez les enfants et adolescents « multi-expertisés », par contre lors d'une première expertise ces comportements restent rares. La procédure peut faire suite à une plainte directe portée par ses parents pour que ses droits puissent être reconnus, mais elle peut également être consécutive à des signalements (milieu scolaire et autres institutions) ou aux assurances. Pour l'enfant, ce temps conduit à la rencontre ponctuelle avec d'autres professionnels, inconnus, qui lui demandent de parler et de réexpliquer ce qui lui est arrivé. Selon le contenu de la réquisition du juge, l'expert est en effet dans l'obligation de lui poser des questions précises relatives aux faits. Cette réactivation du vécu traumatique est inévitable car liée

aux questions posées par le magistrat dans sa réquisition. Au cours de l'expertise, mais souvent autour de ce temps (avant et après), les reviviscences sont nombreuses et peuvent conduire l'enfant à ne pas s'autoriser à tout dire le jour de l'expertise, par crainte d'être totalement submergé par les souvenirs traumatiques. D'autres enfants se censurent en raison des conséquences de ce qu'il a déjà pu dire, par exemple l'éclatement de la famille, son placement, la mise en détention du mis en cause, etc. L'enfant peut ne pas comprendre ce qui le conduit à devoir être encore examiné, parlé, raconté ; surtout s'il n'a pas été préparé à ce temps. Les contraintes légales et contextuelles font que les enfants sont souvent expertisés sans avoir rencontré le juge et sans qu'on leur ait réellement expliqué qui était l'expert et pour quelles raisons ils devaient le rencontrer. Les enfants sont au mieux informés qu'ils doivent voir « une dame », « un monsieur », « un docteur », « un psychologue », au pire rien ne leur est dit et ils se retrouvent face à l'expert sans aucune reconnaissance de sa fonction et de sa mission.

.....
La mère de Laura, 6 ans, violée dans un camp de vacances nous explique qu'elle « appréhendait tellement cet examen [qu'elle] n'a pas vraiment expliqué à sa fille et [qu'elle] lui a juste dit qu'il fallait voir un docteur ». L'examen gynécologique pratiqué sera vécu comme une agression supplémentaire par Laura.

À l'issue de l'expertise, l'enfant peut avoir l'impression d'avoir été compris par l'expert comme Thomas, présent dans un grave accident de car : « il m'a laissé du temps à la fin pour me demander si j'avais des questions ; il a repris un peu ce que j'avais dit et m'a demandé s'il avait bien compris ; j'avais oublié de lui parler d'un cauchemar qui n'arrête pas de revenir et du coup, à la fin, j'ai pu lui dire. » Pour Fatoumata, témoin du même accident, mais expertisée par un autre psychiatre, la rencontre a été douloureuse : « il n'a rien compris ; en plus il était pressé car il m'a gardé 21 minutes. Il m'a demandé comment ça allait au collège, quand je lui ai dit "ça va", il m'a répondu "alors si ça va, pas de problème"... C'est comme s'il ne voulait pas entendre et refusait de comprendre que ce n'est pas si facile. En plus je lui ai dit que j'avais toujours mal à ma jambe

[opérée suite à l'accident], il m'a dit que ça passerait et que par rapport aux autres qui étaient morts, ce n'était pas si grave. »

Tout comme pour les soins, l'attention portée à l'enfant, la disponibilité et la reconnaissance de sa parole et de ses ressentis, changent toute la dimension que l'enfant portera à ce temps. Il est ici important que l'expert prenne le temps de la restitution auprès de l'enfant, en lui indiquant par exemple ce qu'il va transmettre au juge. La procédure judiciaire, nous le verrons, est longue et l'enfant rarement informé de ce qui le concerne. Prévoir un temps de restitution c'est le maintenir comme sujet de son histoire, y compris de son histoire médico-légale.

Avoir expérimenté l'autre rive, celle de la souffrance et de la mort qui rôde, bouleverse durablement et profondément ceux qui l'ont vécu : petits et grands, l'enfant malade comme son entourage, tous, sont transformés par cette épreuve. Le soin à l'enfant malade n'est pas que médical, il est aussi psychologique au sens où il est essentiel d'apporter la même attention aux symptômes du corps qu'aux ressentis de l'enfant et à sa compréhension de ce qu'il vit. Prendre soin de l'enfant malade, c'est aussi reconnaître et accepter qu'il est aussi et surtout, un enfant et non un petit corps meurtri par l'événement. En ce sens le temps scolaire a une place toute spécifique dans la restauration psychique de l'enfant.

Les enfants victimes expriment leur besoin de retrouver leur vie d'écolier, même si la confrontation à leurs camarades n'est pas, comme nous l'avons rappelé, sans poser certaines difficultés.

Écoles, collèges, lycées ou universités se trouvent ainsi violemment projetés dans un autre monde, loin des préoccupations qu'ils ont habituellement à gérer. Lorsque l'événement est de nature collective, comme le décès d'élèves dans un accident de car scolaire ou quand il est particulièrement violent comme le décès d'un élève poignardé par un camarade, tout l'équilibre de l'établissement est mis à mal, Pour quelques heures, quelques semaines ou plusieurs mois,

l'histoire de l'institution est marquée par les répercussions de l'événement. L'attention portée à chacun, des tout-petits aux plus grands, au plus près de ces événements n'est pas simple et ne saurait se limiter à de bonnes intentions. Dans de tels contextes, la pression sociale et politique est forte sur les personnels, qui se trouvent également soumis aux charges médiatiques.

Si l'enfant est blessé, immobilisé suite à l'événement, voire hospitalisé, sa scolarisation peut alors prendre différentes formes, à l'hôpital ou à domicile. Si l'importance à porter au maintien d'une possibilité de scolarisation de l'enfant malade est aujourd'hui reconnue par tous, cette attention est relativement récente.

Il faut en effet attendre la loi d'orientation du 10 juillet 1989 qui fait suite à la Convention internationale des droits de l'enfant pour que le droit à l'éducation et à la scolarisation soit rappelé pour tous les enfants, y compris ceux empêchés d'école du fait de leur état de santé. À partir de cette période toute récente, plusieurs circulaires vont préciser les modalités d'accueil des enfants malades avec deux textes essentiels qui prennent en compte les besoins réels de l'élève malade : la circulaire du 29 juillet 1993 créant les PAI - projet d'accueil individualisé et celle du 23 juillet 1998 qui institue dans chaque département un service d'assistance pédagogique (SAPAD). Le législateur reconnaît désormais que les élèves ont le droit de suivre leur scolarité ailleurs que dans un établissement scolaire, si leur état de santé (maladie, accident, handicap) les en empêche. Le principe de continuité du service public concernant la scolarité est ainsi posé dès les premières lignes de la circulaire de juillet 1998 : « le droit à l'éducation, garanti à chacun en vertu de l'article 1er de la loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989, concerne bien entendu les enfants et les adolescents atteints de troubles de la santé, quelle que soit leur situation : hospitalisation dans un établissement de santé, soins de suite et de réadaptation, soins à domicile ». Si l'enfant se trouve handicapé du fait des conséquences de l'événement, il doit bénéficier d'une scolarisation adaptée (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des

chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »).

Si parler de la scolarité lorsqu'un enfant est malade reste difficile, même si de nombreux progrès ont été faits ces dernières années, parler de la scolarisation d'un enfant victime d'événements traumatiques est d'autant plus ardu. Dès lors que seule prédomine la blessure psychique, les réticences sont nombreuses à mobiliser des moyens adaptés et prévus pour « la maladie ou le handicap ».

Pour les enseignants, la scolarisation d'un enfant ayant été exposé à un événement traumatique ne va pas de soi. Leurs difficultés sont d'autant plus grandes qu'ils n'ont reçu aucune formation à ce sujet. Il n'est pas rare que, pensant bien faire, ils mettent sans le vouloir en difficultés l'enfant en l'exposant à la reviviscence de l'événement.

.....
Par exemple ces directeurs d'établissement qui passent dans les classes pour annoncer un décès ayant eu lieu dans la famille d'un camarade. Lorsque celui-ci revient en cours, il est dépossédé de son histoire car tous ont été informés de ce qui lui est arrivé. Il n'a plus le choix d'informer qui il désire, plus de possibilités de contrôler les conséquences de cet événement dans ses relations avec ses camarades. Autre exemple, cette enseignante de français demandant aux élèves de « s'imaginer l'attentat du Caire et de raconter » dans une classe de quatrième où six élèves revenaient de cette colonie de vacances. Autre exemple la maîtresse de Sarah rescapée du tsunami, qui « pensant bien faire » lui a demandé à son retour de « raconter ».

Accueillir un enfant meurtri n'est pas évident, et cela ne saura s'envisager qu'avec une bonne volonté et des bons sentiments, qui en réalité n'en sont pas : cela nécessite une grande humilité pour accepter les ressources de l'enfant et supporter les répercussions de ce qu'il a pu vivre. Nous l'avons rappelé, les enfants exposés au trauma peuvent réagir en faux-self et surinvestir par exemple leur scolarité. Pour d'autres, les difficultés d'attention, de mémorisation, viennent durablement mettre à mal leur scolarité. Dans les deux situations, l'enseignant va devoir composer avec cet élève, ni tout à fait le même, ni totalement différent. Il lui faut adapter ses pratiques pédagogiques, modifier sa méthodologie, pour permettre à cet enfant de continuer d'être un élève.

L'éducation et les soins portés à ces enfants doivent être pensés en coordination constante entre intervenants et non pas comme deux entités clivées. Cela n'est possible, que si les enseignants sont suffisamment préparés à l'arrivée de l'enfant dans leur classe, formés à sa prise en charge et accompagnés tout au long de sa scolarité. Sans cela le risque est de favoriser les situations où la gêne, l'incompréhension et le sentiment d'impuissance placent l'enseignant dans une insoutenable solitude face à sa pratique et à ses élèves. Si beaucoup d'enfants meurtris retournent en classe avec une scolarisation qui ne semble pas bouleverser, pour d'autres les difficultés sont importantes. Elles peuvent se manifester dans les jours immédiats après l'événement où plusieurs mois plus tard à l'occasion d'un autre événement.

.....
Pour exemple Axel, 5 ans, témoin du décès brutal de ses deux parents lorsqu'il avait trois ans et qui a poursuivi « sans problème » sa scolarisation en maternelle. L'arrêt pour maladie de son institutrice en grande section l'a plongé dans un désarroi intense avec de multiples cauchemars et reviviscences de l'accident de ses parents.

Lorsque l'enfant traumatisé présente des troubles du comportement et des difficultés inhabituelles dans les apprentissages, l'enseignant peut se trouver en réelle souffrance. Ses difficultés peuvent conduire à une indifférence et un délaissement de l'enfant, voire à une agressivité (gestes brutaux d'impatience ; propos méprisants et rejetants tels que « tu n'es plus capable de faire ce que tu faisais avant »). Ces mécanismes de défense conduisent à des attitudes et des mots, sources de blessure psychique intense pour l'enfant meurtri et de souffrance du groupe-classe, témoin du désarroi de leur enseignant. Il n'est pas simple d'être confronté à un élève qui ne pense pas, ne comprend pas, n'apprend plus comme les autres ; il est difficile de constater que l'élève n'apprend pas comme on le souhaiterait ; il est ardu de gérer en classe les troubles du comportement d'un élève, qui menacent l'équilibre toujours précaire du groupe-classe, il est douloureux de ne plus savoir quoi faire, comment faire pour accompagner cet élève dans ses apprentissages... Pour l'enseignant, la scolarisation d'un enfant

meurtri dans sa classe peut conduire à une réelle culpabilité, à une peur face à l'inconnu et à l'impression « de ne pas savoir gérer », « de ne pas savoir faire », « de ne pas être à sa place ». Peu osent se plaindre de leurs difficultés par crainte du regard posé sur eux par les familles comme par les collègues. Les remises en cause personnelle et professionnelle peuvent durablement blesser l'estime de soi de l'enseignant et certaines fois conduire à un état d'épuisement professionnel.

Les professionnels des établissements sont souvent peu préparés à la violence de telles prises en charge, pourtant particulièrement lourdes émotionnellement. Il n'existe pas dans leur cursus de formation à la gestion d'événements traumatiques, pas davantage qu'il n'en existe sur la mort. Les enseignants se trouvent souvent désarmés face à la détresse d'un enfant ou face à la gestion collective de leur classe. Les soutenir et leur porter attention est plus que nécessaire pour leur permettre de tenir et de continuer d'être présents auprès de leurs élèves. Pour pouvoir prendre en charge ces traumatismes et, en particulier, les traumatismes infantiles de ces élèves, il est nécessaire de ne pas rester seul et de réfléchir ensemble aux dispositifs à envisager. En ce sens, les cellules de crise de l'Éducation nationale créées en 1997 (circulaire n° 97-175 du 26 août 1997) et les cellules d'urgences médico-psychologiques des Samu participent à de tels dispositifs (Romano et Baubet, 2010). Le travail interinstitutionnel, le recours à des professionnels spécialisés, les temps d'échange et de reprises cliniques, les actions de formation et de prévention, participent à constituer ce maillage humanisant indispensable pour contenir et limiter les effets post-traumatiques. Cela est essentiel pour l'enfant comme pour l'enseignant qui le prend en charge.

L'enfant victime d'un événement traumatique est bien souvent précipité sur la scène judiciaire. La justice, comme toute institution, a ses codes, sa culture, ses références, ses abréviations et une

temporalité qui lui est propre. Si pour les adultes il est déjà bien souvent difficile de se repérer dans les différentes procédures, pour les enfants impliqués, l'incompréhension est bien réelle et s'accompagne souvent d'un renforcement de leur sentiment d'insécurité. La place de l'enfant victime d'événements traumatiques, dans le processus judiciaire est une place qui dévoile de multiples enjeux pour lui-même, mais également pour ses proches, pour les magistrats et l'ensemble des intervenants.

Différents événements viennent ponctuer le temps judiciaire et nous proposons de nous attarder sur l'audition, l'instruction et le procès.

L'audition

L'enfant impliqué dans un événement traumatique en tant que victime directe ou que témoin, est le plus souvent interrogé au plus près de cet événement. La logique policière peut ici aller à l'encontre de la logique soignante de l'enfant qui viserait à lui laisser du temps pour récupérer psychiquement et physiquement un minimum avant l'audition. Mais pour des impératifs d'enquête l'enfant est entendu rapidement après les faits, ce qui peut conduire à des auditions à des horaires tardifs.

.....
Pour exemple l'histoire de Tobias qui se présente avec sa mère à 17 heures après une grave agression subie au collège de ses trois camarades de 6^e. Accompagné aux urgences médico-judiciaires, un constat de viol est effectué par le légiste avec une déchirure anale conséquente et de multiples hématomes et griffures sur le sexe. De retour à 20 heures au commissariat, il attend que les trois camarades impliqués soient ramenés et auditionnés. La confrontation est décidée à près d'une heure du matin, sans aucune attention portée au rythme de l'enfant, mais « dans un total respect de la procédure », expliquera l'officier de police judiciaire à la mère.

Le temps de l'audition confronte l'enfant à de multiples questions visant à permettre aux policiers et gendarmes de comprendre les faits et de s'assurer de ce qui s'est réellement passé. De multiples travaux et ouvrages ont dénoncé les techniques d'audition ne prenant pas en compte le niveau de développement de l'enfant et induisant des réponses par des questions suggestives. Il est

aujourd'hui admis depuis la conférence de consensus de 2003 qu'il est indispensable de limiter les interrogatoires de l'enfant et de veiller à ne pas poser de questions suggestives et non adaptées à son niveau de développement. L'enfant qui est auditionné a souvent déjà été entendu par de multiples adultes et a dû répéter à de multiples reprises les faits. Le temps judiciaire est un temps supplémentaire de répétition traumatique, source de multiples reviviscences. Pour s'en protéger, l'enfant peut de manière plus ou moins consciente se détacher de la violence traumatique de l'événement et en parler comme d'un fait divers qui aurait touché quelqu'un d'autre.

L'instruction

C'est le temps de l'enquête. Souvent longue (en moyenne deux ans en France), elle conduit à de multiples procédures possibles : audition, confrontation, expertise, perquisition, garde à vue, détention provisoire des mis en cause, etc. Le temps de l'instruction signifie donc que pendant plusieurs mois, voire plusieurs années, la vie de l'enfant va être ponctuée de démarches judiciaires souvent difficiles à comprendre pour ses proches et pour lui-même. De multiples professionnels interviennent sur cette scène judiciaire : juges, experts, avocats, administrateur *ad hoc* (quand le juge considère que les parents ne sont pas en mesure d'assurer les intérêts de leur enfant), éducateurs. Et les discontinuités institutionnelles avec les changements répétés de professionnels viennent augmenter encore le nombre d'intervenants : nouveau juge, nouvel éducateur, etc. La multiplicité des acteurs du parcours judiciaire participe à renforcer la confusion de l'enfant, avec le risque que les fonctions des uns et des autres soient mal différenciées. Il arrive ainsi que suite à une audition dans le bureau du juge, l'enfant explique qu'il était « au procès ». Pour les parents et les proches, la lisibilité des procédures est aussi souvent limitée avec de grandes incompréhensions face à toutes ces démarches et procédures judiciaires. Pour l'enfant, de multiples questions se posent : comment comprendre la subtilité entre un juge d'instruction, un juge

des enfants, un juge aux affaires familiales ? Comment comprendre les délais entre le moment où l'enfant parvient à se plaindre et les éventuels procès ? Comment comprendre qu'il faille répéter et encore redire à d'autres policiers, d'autres juges, d'autres experts, ce qui a déjà été expliqué ? Pourquoi avoir cette impression de ne pas être cru, pas être compris ? Plusieurs études ont décrit la représentation du juge pénal chez l'enfant et l'adolescent (Pierre-Puysegur et Corroyer, 1987 ; Chennevière *et al.*, 1997). Elles constatent que le magistrat est reconnu assez tôt dans sa dimension de rappel à la loi et le plus souvent perçu comme un personnage tout-puissant. Selon leurs expériences judiciaires, certains enfants le considèrent comme quelqu'un de compréhensif, de protecteur et de juste. Pour d'autres qui décrivent de mauvaises expériences avec un juge, il est perçu comme autoritaire, rigide, insensible à leur souffrance.

Le système judiciaire avec sa temporalité, ses échéances lointaines, son vocabulaire abscons, dépossède l'enfant de son histoire. Des décisions sont prises, sans qu'elles lui soient le plus souvent expliquées ; des écrits sont faits sur son histoire (auditions, ordonnances, expertises) sans qu'ils lui soient dits. Le parcours judiciaire est alors bien souvent comme un imbroglio judiciaire vécu d'autant plus douloureusement qu'il existe un décalage entre les attentes de l'enfant et de ses proches et les décisions judiciaires

Le procès

Pour la majorité des plaintes pénales les instructions s'achèvent par un non-lieu, le plus souvent argumenté par la formule « faute insuffisamment caractérisée ». Cela ne signifie pas que l'enfant n'a pas subi l'événement traumatique, mais que le système judiciaire, qui s'inscrit dans une logique d'auteurs, n'a pas d'éléments de preuve suffisants. Cette décision devrait être, depuis la loi de 2004, argumentée et explicitée aux enfants (comme aux adultes plaignants), mais bien souvent, c'est un simple courrier qui est adressé sans autre explication.

Quand le procès a enfin lieu, les reviviscences sont multiples comme en attestent ces témoignages de victimes à l'entrée des tribunaux. Reparler de l'événement, voir à nouveau le(s) mis en cause, être confronté aux témoignages, aux photos des faits, sont autant d'éléments sources de reviviscence pour l'enfant meurtri. Le tribunal est en lui-même un lieu impressionnant où l'enfant a déjà souvent été dans le cadre de l'instruction s'il a été auditionné directement par le juge. Le jour du procès la tension est intense et le lieu ne fait que la renforcer.

Le système judiciaire présente la caractéristique d'être un groupe constitué par inclusion telle que le définit Neuburger (1988) :

« La relation d'inclusion isole, à partir d'un ensemble déjà constitué qui peut être un sous-groupe d'appartenance, un sous-groupe ou des sous-groupes d'éléments ayant des propriétés communes. La relation d'inclusion gomme les différences entre individus, s'attache à un caractère partiel qui seul les représente, favorisant leur classement dans des catégories. Le grand rite d'inclusion représente le procès, il est précédé de rites préparatoires qui visent à faire entrer une personne dans une catégorie juridique préétablie par le code ou à dire au contraire que les faits ne recouvrent pas les éléments constitutifs de l'infraction. »

Il existe actuellement un décalage important entre les demandes sociales à l'égard du judiciaire et le fonctionnement de la justice. Aujourd'hui encore pour celui qui signale, comme pour celui qui porte plainte, la croyance est d'être entendu, cru, et que justice soit rendue. Quel que soit le type d'événement : agression, attentat, catastrophe aérienne, accident de la route, catastrophe naturelle, il faut un coupable et celui-ci doit être condamné. Or les procédures sont complexes et les impératifs judiciaires conduisent à nombre de classements sans suite ou d'ordonnances de non-lieu faute d'éléments suffisamment caractérisés. Par ailleurs lorsque le procès a lieu, l'écart est aussi souvent important entre les attentes et les décisions finales. Dans ces cas-là, pour l'enfant comme pour ses parents, leurrés par des attentes judiciaires idéalisées, la confrontation à la réalité et aux décisions prises peut être violente et source d'une totale incompréhension. Le judiciaire ne fait pas tout, il n'est pas tout dans la reconstruction de l'enfant victime d'événements traumatiques, mais un des éléments de sa prise en

charge. Cette confusion entre restauration psychique et réparation judiciaire est entretenue par certaines associations et la plupart des médias. Le recours au judiciaire est alors perçu comme une obligation et une démarche devenant une fin en soi. Ce leurre, qui vise à penser le judiciaire comme un espace thérapeutique qui se suffirait à lui-même, peut conduire à une profonde survictimisation de l'enfant qui se sent incompris, rejeté, impuissant si les décisions ne vont pas dans le sens de ses attentes. Pour l'extérieur, certains arrêts (classement sans suite, non-lieu, relaxe des mis en cause, prescription) peuvent conduire à croire que l'enfant avait menti et de témoin victime, il est alors stigmatisé comme auteur-menteur.

À l'inverse, la reconnaissance judiciaire de la responsabilité du mis en cause (d'une institution ou d'une entreprise pour les catastrophes), ne peut exonérer l'enfant victime de travailler psychologiquement sur les enjeux de cet événement traumatique dans sa vie psychique et en particulier sa propre culpabilité.

Le risque est souvent de fétichiser et de sacraliser la parole de l'enfant et d'y recourir comme à quelque chose qui miraculeusement pourrait avoir des effets salvateurs immédiats. Penser que tout dire permet de se purifier et se dégager du traumatisme et de la culpabilité qui l'accompagne, c'est méconnaître la part de culpabilité inconsciente, irréductible aux situations traumatiques. À cette culpabilité inconsciente peut se surajouter la culpabilité d'avoir déclenché une chaîne de réaction déstabilisant l'environnement familial. Et quelle que soit l'issue de la procédure judiciaire, il sera important pour l'enfant d'être soutenu pour parvenir à mettre du sens à tous ces événements.

Pour l'enfant face au judiciaire il est important que les procédures et les fonctions de chacun puissent être régulièrement explicitées, simplement. Il est tout aussi important qu'il comprenne qu'il existe des places différentes, de multiples intervenants possibles, mais que chacun travaille sans menace pour l'identité de l'autre.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

À l'issue de ces constats, ces témoignages, ces remarques, comment envisager la prise en charge de l'enfant victime d'événement traumatique, sans surajouter d'autres souffrances, sans créer d'autres violences ?

Il n'existe sans doute pas d'outils « clés en main » permettant d'intervenir dans chaque situation de la même façon, car chaque enfant est différent, chaque situation est singulière et nécessite qu'elle soit pensée dans l'intérêt de l'enfant, en fonction de ses ressources, de ses capacités du moment. Nous proposons une synthèse de ce qui peut être mis en place auprès de l'enfant traumatisé.

Au plus près de l'événement traumatique, face au chaos subi, l'attention portée aux enfants, petits et grands, victimes d'un événement traumatique vise à les rassurer par notre présence, notre parole et notre écoute. Il s'agit d'être avec eux, auprès d'eux, parler s'ils le souhaitent ou simplement leur tenir la main, soutenir leur regard afin qu'ils ne soient plus seuls avec leur souffrance, leur angoisse. Il nous semble essentiel :

- de protéger au plus tôt l'enfant : à la fois en s'assurant qu'il n'est plus exposé au danger, mais également en le préservant tant que possible des visions de la scène traumatique et des bruits ;
- de repérer les enfants et les adolescents en stress dépassé, susceptibles de rester exposés aux risques ;
- de le rassurer en lui parlant, tout en contrôlant ses réactions d'effroi et d'inquiétude, pour lui expliquer ce qui est en train de se passer ;
- de ne pas le « lâcher », qu'il soit en pleurs, en révolte, en détresse ; qu'il manifeste des troubles explosifs ou silencieux. Le rassurer sur le fait qu'il n'est pas seul et que l'on s'occupe de lui. Et de trouver au plus tôt un *care-giver*, un adulte proche qui le connaît et qui soit en état d'assurer une attention constante auprès de lui ;

- de ne pas banaliser ses réactions et de l'autoriser à en parler (peur, gêne, colère) ; ne pas les contredire ;
- de lui garantir au-delà de toute cette attention psychique, ses besoins primordiaux (repas, change, sommeil) ;
- de ne pas lui mentir, ou de ne pas faussement le réassurer, alors même qu'il pose des questions qui témoignent de ce qu'il a perçu ;
- de ne pas le déculpabiliser alors qu'il essaye de nous expliquer ce qui l'amène à se croire responsable de ce qui s'est passé ;
- de l'informer, ainsi que ses proches, des réactions possibles dans les jours et les semaines qui vont suivre pour qu'il puisse s'autoriser à en parler et que ses troubles ne soient pas banalisés par ses proches.

Nous l'avons décrit précédemment, un temps dédié à l'enfant nous semble ici essentiel lorsque cela est possible pour qu'il puisse s'autoriser à parler sans craindre de blesser ses parents. Mais il est aussi essentiel de prévoir un temps pour les parents ou ceux qui assureront ce rôle auprès de l'enfant : pour écouter leurs inquiétudes, essayer de répondre à leurs questionnement, leur donner des repères pour prendre soin de l'enfant, les autoriser à solliciter de l'aide, même à distance.

Compte tenu des constats que nous venons d'évoquer sur les spécificités du vécu traumatique, notre expérience nous a amené à proposer *dans l'immédiat* une prise en charge laissant à chacun la possibilité d'exprimer ce qu'il a ressenti sans risque de bouleverser, de choquer, de contaminer l'autre. Nous insistons sur le fait que ce modèle de prise en charge est proposé à l'instant « t » de l'événement traumatique et qu'à « t +1 », en prise en charge différée d'autres types de prise en charge thérapeutique peuvent être mis en place. L'entretien peut être unique ou déboucher sur une prise en charge psychothérapeutique. *En différé*, plusieurs jours voire plusieurs mois après l'événement, la prise en charge de l'enfant s'adapte à d'autres priorités, celles du repérage des troubles et si besoin de leur prise en charge. Prendre en charge le bébé, l'enfant et l'adolescent exposés au trauma, dans le respect de ce qu'ils sont,

de leurs ressources comme de leurs limites nécessite une reconnaissance de ce qu'ils sont : des sujets à part entière.

L'intervention auprès d'enfants victimes ne saurait se réduire à l'illusion d'une unique intervention où le simple fait de parler suffirait à supprimer tout risque de trouble. Il est nécessaire d'inscrire la prise en charge de l'enfant dans le temps, et en portant une attention constante à l'évolution de l'enfant. Il ne s'agit pas pour autant d'imposer aux enfants des prises en charge qu'ils vivent alors comme des contraintes supplémentaires. Penser les prises en charge d'enfants exposés à des événements traumatiques, nécessite de penser la temporalité traumatique par un ajustement constant à l'enfant, à ce qu'il peut et veut dire. Pour certains les consultations seront fréquentes, pour d'autres, un temps de latence sera nécessaire.

Tout enfant parle en fonction de ce qu'il sent ou sait que l'autre peut entendre. Sa parole n'est pas qu'un simple récit, c'est une reconstruction de ce qu'il peut et veut dire de ce qu'il a vécu. L'écoute des professionnels du soin psychique n'est donc pas qu'une simple écoute événementielle. En laissant les enfants traumatisés parler, en les autorisant à dire ce qu'ils ressentent, en les laissant dire leur vérité sans leur imposer des raisonnements ou nos propres interprétations, on peut entendre ce qu'il en est pour eux de la mort, de l'effroi, de la gêne. Il est nécessaire dans ce type de prise en charge de « contenir », c'est-à-dire de ne pas orienter l'enfant vers ce que nous souhaiterions entendre ou ne surtout pas entendre. Il s'agit de porter attention à ce que les enfants énoncent clairement ou à demi-mot et de s'assurer de notre compréhension.

Lorsque l'événement traumatique est raconté, la qualité de l'écoute est essentielle et la prise en charge des troubles faisant suite à un traumatisme psychique présente des particularités dont la méconnaissance peut conduire à des aggravations du vécu traumatique. Si par exemple, le thérapeute autoproclamé victimologue, se centre sur les figures du manque (l'angoisse, la culpabilité, la honte, la peur, les sentiments de mort) et tente de les annuler en les niant il ferme une voie d'accès relationnelle et

renforce le retour à l'archaïque chez la victime. Il interdit au sujet victime ce qui représente à cet instant-là de la prise en charge l'ultime raccrochage à une humanité, l'ultime lutte face à l'arbitraire et annihile toute possibilité de reconstruction du symbolique, toute possibilité de remettre en place Imaginaire et Réel. Et devient un facteur de survictimisation fortement dommageable pour la victime.

Si l'enfant réussit à mettre en mot cette indicible souffrance et parvient à dire ce qui lui est arrivé, à exprimer l'ambivalence de ce qu'il a pu ressentir, si sa parole est contenue, soutenue, les conséquences de l'événement traumatique seront considérablement atténuées. Il pourra alors retrouver une continuité entre passé, présent et avenir, redéployer ses investissements objectaux vers des objets extérieurs et ne plus avoir son énergie psychique figée dans la reviviscence. Redevenir « autrement le même ».

L'essentiel du « dire » tient au lien humain qu'il instaure et restaure autour de la souffrance, lorsque précisément il ne génère pas une trop grande angoisse en miroir. Lorsqu'elle n'est pas banalisée voire déniée, la manifestation de syndrome post-traumatique est en quelque sorte une rupture du « pacte dénégatif » (Kaës, 1989), une blessure psychique rendue visible à partir de laquelle va pouvoir se mettre en place un travail d'historicisation. Le travail psychique engagé par l'enfant autorise un processus d'analogisation entre l'espace/temps intersubjectif et l'espace/temps intrapsychique, processus qui amorce le passage de suturation narcissique à l'élaboration symbolique.

Il suffit pourtant de poser son regard sur un visage d'enfant victime, de se mettre à son niveau, de prendre le temps de le regarder, d'être à l'écoute de cette souffrance psychique invisible, décrypter le sens caché de tel ou tel mot, d'attitude pour percevoir la détresse et entendre sa souffrance. Mais cette détresse et cette souffrance de l'enfant sont, comme nous l'avons rappelé, vite insoutenables car elles viennent réactiver nos propres souffrances et interroger notre histoire infantile.

L'accompagnement d'un enfant victime d'événement traumatique n'est pas que du bon sens. Sans l'attention portée à l'enfant dans

ses mots comme dans ses comportements, le sens de cette souffrance échappe à toute compréhension et reste en échec de symbolisation. L'accès à l'élaboration, la restauration de la dimension symbolique de ces mots, de ces silences, de ces souffrances d'enfants, permettent de donner du sens, de décrypter l'inintelligible, et d'inscrire cet innommable sur le registre de la parole. Prendre en charge un enfant sorti du chaos c'est restaurer cette altérité et réinscrire l'enfant dans un lien humanisant à l'autre.

Conclusion

Au-delà du trauma : continuer d'être et devenir

VIVRE AU CONTACT DU TRAUMA, de la souffrance et de la mort est une expérience terriblement difficile pour un enfant, sa famille et pour les professionnels qui les accompagnent. Cette indicible épreuve est pourtant l'ultime attention portée à l'enfant pour lui permettre de continuer d'être un enfant. Le regard porté sur l'enfant exposé à un événement traumatique abolit ou renforce le trauma. Et par le regard que l'enfant traumatisé porte sur ses proches et sur les intervenants, il met ou non une distance et autorise ou non qu'un lien de confiance puisse se construire.

Nous avons décrit combien les traumas dont sont victimes les enfants ont de multiples visages et des conséquences plurielles. Nous avons aussi rappelé que l'arrêt de l'événement traumatique ne signifie pas l'arrêt dans le psychisme de l'enfant du processus traumatique, à savoir les conséquences cliniques, les remaniements psychiques rendus nécessaires par l'événement et ses conséquences. Au-delà des blessures du corps et de l'âme, ces enfants ont avant tout besoin de continuer d'être des enfants et non des victimes figées dans une histoire traumatique sans issue. Penser l'enfant, c'est aussi nous l'avons rappelé penser son entourage (parents, fratries, intervenants) et comprendre combien les liens intersubjectifs ont pu être mis à mal suite à l'événement.

Le terme de victime n'est pas ou très peu utilisé dans cette présentation : mot écran, mot tiroir s'il témoigne d'une reconnaissance sociale du préjudice, il est bien souvent à l'origine d'une stigmatisation des enfants, comme des adultes, qui se trouvent réduits au trauma vécu.

Réduire les personnes traumatisées et surtout des enfants en devenir, à être des victimes d'un destin malheureux c'est les destituer sur le plan psychique de leur statut de sujet, c'est rendre inopérant la possibilité qu'ils puissent dégager le sens de cet événement. Les enfants exposés à des événements traumatiques ne demandent pas cette stigmatisation ; ils ne recherchent pas la pitié ou la compassion. Ils sont en quête de reconnaissance, de respect de ce qu'ils sont et de ce qu'ils ont vécu et de reconstruction dans une intersubjectivité humanisante. Et ils restent, au-delà des savoirs médicaux, des savoirs judiciaires et sociaux, ceux qui connaissent le mieux leur histoire.

Le trauma ne s'oublie pas, il laisse une trace une souffrance psychique trop souvent invisible, bien souvent secrète, que l'enfant va devoir intégrer, peu à peu dans son histoire. Les traumas enkystés se réveillent un jour ou l'autre, telles les zones de psychisme en état d'hibernation en attente d'une réactivation et d'une élaboration. Rendre le traumatisme au temps c'est permettre aux traces du trauma de devenir du passé et donc de faire l'objet de l'oubli et de la mémoire, c'est solliciter les capacités réflexives de l'enfant pour lui permettre d'accéder à une représentation de ce qu'il a vécu.

Au-delà des horreurs vécues, au-delà des drames et des désastres, il y a une vie possible, un devenir psychique du trauma, une réorganisation dynamique qui se déroule dans un temps qui devra être pensé en termes de processus car tout phénomène psychique plonge dans le passé et est virtuellement porteur de développement dans le futur.

À l'inverse des changements destructeurs que la pathologie post-traumatique peut infliger au développement de la personnalité des enfants meurtris, il existe aussi des changements positifs qui les aideront à se construire autrement certes, mais d'une manière qui ne sera pas à l'origine de fragilité et de souffrance, mais au contraire d'une façon d'exister plus satisfaisante. Il ne s'agit pas de présenter les événements traumatiques comme une expérience souhaitable et structurante ou d'en banaliser l'impact. Il s'agit avant tout de ne pas

condamner l'enfant au trauma vécu ; de lui permettre de se tenir à sa place sans confusion avec l'autre hors de cette perception d'agonie, hors cette terreur ressentie face aux défaillances parentales et fraternelles. Ginette Raimbault expliquait que son expérience de psychanalyste auprès des enfants malades lui permettait d'affirmer que l'enfant était celui qui connaissait le mieux sa maladie. Notre expérience auprès d'enfants, du tout-petit à l'adolescent, de victimes d'événements intentionnels ou accidentels, nous amène à savoir que les enfants traumatisés ont un savoir, des croyances sur leur histoire traumatique. Mais que celui-ci reste trop souvent méconnu voire ignoré de ses proches comme des professionnels. Reconnaître la réalité psychique de l'enfant, reconnaître SA réalité et SON savoir du vécu traumatique lui permet de sortir de la sidération psychique dans laquelle l'événement l'a placé ; d'expérimenter le pouvoir structurant de la pensée, du récit et de l'élaboration ; de restaurer sa confiance en l'autre. Il s'agit de construire. Il s'agit de construire un espace où il sera possible de prendre soin de l'enfant par la restauration d'un lien de l'enfant au professionnel, de l'enfant à ses proches : d'une humanité à l'humanité. L'enfant investi de pouvoir, de valeur, de reconnaissance peut continuer d'être et redevenir acteur de son propre destin.

C'est tout l'enjeu de la reconnaissance de l'enfant traumatisé et de sa prise en charge, comme nous y invitait Winnicott lorsqu'il nous rappelait que « c'est de la non-existence que l'existence peut commencer ».

Bibliographie

- ALI HAMED N., CHATELLE N., DE BECKER E. (2008). « La fratrie oubliée dans les situations d'inceste ». *Enfance & Psy*, 2, n°39 : 167-173.
- ALVIN P. (2011). *L'envie de vivre, l'envie de mourir*. Paris : Douin (2^e éd.).
- BACQUE M.-F. (2000). *Le deuil à vivre*. Paris : Odile Jacob.
- BAILLY L. (2001). « Les traumatismes psychiques de l'enfant in Les traumatismes psychiques », in M. DECLERCQ et F. LEBIGOT. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- BAILLY L. (1996). *Les catastrophes et leurs conséquences psycho-traumatiques chez l'enfant*. Paris : ESF.
- BAILLY L. (2006). « Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles ». in BAUBET T., LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L., MORO M.-R.. *Bébés et traumas*. Grenoble : La pensée sauvage : 59-65.
- BARRACO M., LAMOUR M. (2001). « Le choc de la naissance : soigner la parentalité, Le bébé : du rêve au cauchemar ».

Revue *Dialogue* : Parentalités défaillantes, soins et séparations ; 152 : 3-7.

BAUBET T., LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L., MORO M.-R. (2005). *Bébés et trauma*. Grenoble : La pensée sauvage.

BAUBET T., LEROCH K., BITAR D., MORO M.-R. (2003). *Soigner malgré tout*. Vol. 2 : Bébés, enfants et adolescents dans la violence. Grenoble : La pensée sauvage.

BAUBET T., MORO M.-R. (2003). *Soigner malgré tout*, T.1. *Trauma, cultures et soins*. Grenoble : La pensée sauvage.

BAUBET T., MORO M.-R. (2003). *Soigner malgré tout*, T.2 *Bébés, enfants et adolescents dans la violence*. Grenoble : La pensée sauvage.

BION W.R. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : PUF, 2001.

BOWLBY J. (1978). *L'attachement*. Paris : PUF.

BOWLBY J. (1992). « L'avènement de la psychiatrie développemental a sonné », in *Devenir*, vol. IV, n°4 : 20-21.

BRUN D. (1989). *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison*. Paris : Dunod.

BYING-HALL J. (1999). « Réécriture des scénarii de deuil. Scénarii familiaux et culturels d'attachement et de perte ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 20 : 89-107.

CAILLE P., REY Y. (1992). *Les objets flottants*, Issy les Moulineaux : ESF.

Classification Diagnostique 0-3 (1998). *Devenir*, 10,2, Médecine et Hygiène, Eshel, Paris, Genève.

CIRILLO S., DI BLASIO P. (2005). *La famille maltraitante*, Paris : Fabert.

CYRULNIK B. (1999). *Un meilleur malheur*. Paris : Odile Jacob.

CYRULNIK B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris : Odile Jacob.

- CYRULNIK, B., DELAGE M. (2010). *Familles et résilience*. Paris : Odile Jacob.
- CYRULNIK B. (2011). *Quand un enfant donne la mort*. Paris : Odile Jacob.
- DALIGAND L., GONIN D. (1993). *Violences et victimes*. Lyon : Méditations.
- DALIGAND L. (2001). « Culpabilité et traumatisme », *Stress et Trauma*, 1 (2), p. 99.
- DE CLERCQ M., LEBIGOT F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- DE CLERCQ M. (1995). « Les répercussions de syndrome psycho-traumatique sur les familles » *Th.Fam* ; 16(2) : 185-195.
- DELAGE M. (2001). « Répercussions familiales du traumatisme psychique », *Stress et Trauma*, 1 (4) : 203-211.
- DELAGE M. (2000). « Traitement familial du traumatisme psychique », *Thérapie familiale*, 21, 3, 273-287.
- DELAGE M. (2002). « Aider à la résilience familiale dans les situations traumatiques », *Thérapie familiale* 2002/3, vol. 23 :269-287.
- DE MIJOLLA A. (1981). *Les visiteurs du moi. Fantômes d'identification*. Paris : Les belles lettres.
- Diagnostic classification* (1994). Zero to three /National Center for Infant Clinical Programs (NCCIP). Arlington, VA.
- DOLTO F. (1971). *Psychanalyse et pédiatrie*, Paris, Le Seuil.
- DOLTO F. (1984). *L'image inconsciente du corps*, Paris, Le Seuil.
- EPELBAUM C., FERRARI P. (1993). « Réactions psychologiques à l'événement traumatique chez l'enfant » in *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, chap. 53 et 54 : 443-452 et 453-457, Paris, Flammarion, coll. « Médecine sciences ».
- FENICHEL E. (1999). *Diagnostic Classification 0 :3. Development and history. International workshop on 'Zero to three'*, Pise,

29-30janvier 1999.

- FERENCZI S. (1908-1933). « Psychanalyse œuvres complètes », *Psychanalyse IV*. Paris : Payot, 1983.
- FERENCZI S. (1932). *Journal clinique*. Paris : Payot, 1985, p. 98.
- FERENCZI S. (1934). « Réflexions sur le traumatisme » in *Psychanalyse IV*, Paris, Payot, 1998.
- FERENCZI S. (1932). *Journal clinique* janvier-octobre 1932, Payot, 1985, p. 274.
- FRAIBERG S., ADELSON E., SHAPIRO V. (1975). « Ghosts in the nursery : A psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships », *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14 : 387-421.
- FREUD A., BURLINGHAM D. (1943). *War and children*. Internat Univers Press, New-York.
- FREUD S. (1915). « Deuil et mélancolie » in *Œuvres complètes*. Paris : PUF, 1988, XIII, 259-79.
- FREUD S. (1915). « Considérations actuelles sur la guerre et la mort » in *Essais de psychanalyse* Paris : Payot, 2001.
- FREUD S. (1932). *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*. Paris : Gallimard, 1987, p. 93.
- GUEDENEY A., LEBOVICI S. (1997). Evaluation into the relationship. *Infant Mental Health Journal*, 18(2) :171-185.
- JACQUEMAIN, F., GUEDENEY, A. (1998). Attention, classification. In *L'attention*, B. GOLSE (ed), Erès Editions.
- GRAPPE M. (2001). « Deuil et traumatisme chez et l'adolescent », *Stress et Trauma*; 1 (5) : 291-296.
- HANUS M. (1994). *Les deuils dans la vie*. Paris : Maloine.
- HANUS, M. (2001). *La résilience, à quel prix ?* Paris : Maloine
- HANUS M., SOURKES B.M. (2002). *Les enfants en deuil, portraits du chagrin*. Ed. Frison-Roche.

- KAES R. (1989). « Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs », in Missenard A. *et al.* *Le négatif, figures et modalités*. Paris : Dunod : 101-136.
- KAES R., FAIMBERG H. *et al.* (2001). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris : Dunod.
- KILPATRICK K.L., WILLIAMS L.M. (1998). "Potential Mediators of Post-Traumatic Stress Disorder in Child Witnesses to Domestic Violence". *Child Abuse and Neglect*, 22(4), 319-330.
- KIPMAN S.D. (1981). *L'enfant et les sortilèges de la maladie*. Paris, Stock.
- KREISLER L. (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*. Toulouse : Privat.
- LACHAL C. (2000). « Le comportement de privation hostile ». *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés* ; 1(1) : 77-89.
- LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L., MORO M.-R.. (Eds) (2003). *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod.
- LACHAL C. (2006). *Le partage du traumatisme*. Grenoble : La pensée sauvage.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J. (1984). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1967.
- LEBIGOT F. *et al.* (2005). *Psychotraumatismes : Prise en charge et traitements*. Paris : Masson.
- LEBOVICI S., WEIL HALPERN F. (1989). *Psychopathologie du bébé*. Paris : PUF.
- LEBOVICI S. (1991). « La théorie de l'attachement et la psychanalyse contemporaine ». *La psychiatrie de l'enfant* ; 34(2) : 309-340.
- LEWANDOWSKI L.A., MCFARLANE J., CAMPBELL J.C. *et al.* (2004). "He killed my mommy! Murder or attempted murder of a child's mother". *Journal of Family Violence*, 19(4): 211-220.

- LEVENDOSKY A.A., HUTH-BOCKS A.C., SEMEL M.A., SHAPIRO D.L. (2002). "Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence". *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 150-164.
- LIEBERMAN A.F., COMPTON N.C., VAN HORN P., CHOSH IPPEN C. (2003). *Losing a Parent to Death in the Early Years, Guidelines for the treatment of Traumatic Bereavement in Infancy and Early Childhood*. Washington D.C.: Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers and Families.
- LITROWNIK A.J., NEWTON R., HUNTER E.M. *et al.* (2003). "Exposure to Family Violence in Young At-Risk Children: A Longitudinal Look at the Effects of Victimization and Witnessed Physical and Psychological Aggression" in *Journal of Family Violence*, 18(1), 59-73.
- LINDEMANN E. (1950). "A study of grief : emotional responses to suicide", in *Pastoral Psychol*, 4 : 9-13.
- LINDEMANN E. (1944). "Symptomatology and Management of acute grief" in *Am J Psychiatry*, 102:141-8.
- MANCIAUX M. (1998). « La résilience : mythe ou réalité » in CYRULNIK B., *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives : 109-120.
- MARCUS-JEISLER S. (1947). « Réponse à l'enquête sur les effets psychologiques de la guerre sur les enfants et les jeunes gens en France » in *Sauvegarde*, 8:3-23
- MARTY F. *et al.* (2001). *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod.
- MORO M.-R. (1995). « Tremblements de terre en Arménie : le psychiatre et le réanimateur », in M.-R. Moro et S. Lebovici Eds, *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*. Paris : PUF.
- MORO M.-R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod. 3^e édition sous le titre

Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents (2000, 2004).

MORO M.-R., LACHAL C. (2003). « Traumatisme psychique en situation de guerre. L'exemple de la Palestine » in : LACHAL C., OUSS-RYNGAERT L., MORO M.-R. (Eds), *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod : 221-42.

MOUCHENIK Y. (2006). *Ce n'est qu'un nom sur une liste, mais c'est mon cimetière*. Grenoble : La pensée sauvage.

MOUCHENIK Y. *et al.* (2003). Identification des troubles post-traumatiques chez les jeunes enfants réfugiés, in BAUBET et MORO M.-R., *Soigner malgré tout*, T.1, Grenoble : La pensée sauvage.

MOUREN-SIMEONI M.C. (1994). « Syndromes de stress post-traumatiques » in MOUREN-SIMEONI M.C. *et al.*, *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Maloine: 42-47.

NEUBURGER M. (1988). *L'irrationnel dans le couple et la famille. À propos de petits groupes et de ceux qui les inventent*, Paris : ESF.

OUSS-RYNGAERT L., MORO M.-R. (2003). *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : Dunod : 221-242.

PARRET C. (2003). Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle lorsque la victime est un enfant, *Conférence de consensus sur les abus sexuels*, Anaes.

PIERRE-PUYSEGUR M.A., CORROYER D. (1987). Les représentations du système pénal chez les enfants de 6/10 ans. *Enfance*, 40 : 215-229.

PRIGERSON H.G., MACIEJEWSKI P.K., REYNOLDS C.F. *et al.* (1995). The inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59:65-79.

- PRIGERSON H.G., SHEAR M.K., FRANCK E. *et al.* (1997). "Traumatic grief: a case of loss-induced trauma", in *Am J Psychiatry*, 154 : 1003-1009.
- PYNOOS R.S., STEINBERG A.M., WRAITH R. (1995). "A developmental model of childhood traumatic stress" in D. CICCHETTI, D.J. COHEN (Eds) *Manual of developmental psychopathology*, 72-95. New York: Wiley.
- PYNOSS R.S. (1993). "Traumatic stress and developmental psychopathology in children and adolescent" in R.S. PYNOS (Ed), *Posttraumatic stress disorder: a clinical review*, Lutherville, MD: Sidran Press, 65-98.
- PYNOOS R.S., STEINBERG A.M., PIACENTINI J.C. (1999). "A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders" in *Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- RAIMBAULT G. (1973). *Corps de souffrance, corps de savoir*, Paris : L'âge d'homme.
- RAIMBAULT G. (1976). *L'enfant et la mort*, Privat, Toulouse.
- RAIMBAULT G., AYOUN, P., MASSARDIER L. (2005). *Questions d'inceste*. Paris : Odile Jacob.
- RAIMBAULT G. (2004). *Parlons du deuil*. Paris : Payot.
- RAIMBAULT G. (1976). *L'enfant et la mort*, Paris : Dunod, 2011.
- REY Y. (2000). « Penser l'émotion en thérapie systémique: le blason familial », *Thérapie familiale*, 21 : 141-154.
- ROMANO H. (2019). *Bébé secoué, des vies massacrés*. Paris : ITPR.
- ROMANO H. (2018). *Quand la vie fait mal aux enfants*. Paris : Odile Jacob.
- ROMANO H, DAY A. (2018). *Ma drôle de chambre. Accompagner l'enfant gravement malade ou en fin de vie les enfants*. Paris, Eds. Courtes et longues.

- ROMANO H, DAY A. (2017). *L'arbre et l'ombre de la lune, accompagner les enfants face au suicide d'un parents*. Pars, Eds. Courtes et longues.
- ROMANO H, DAY A. (2016). *Après l'orage. Parler des attentats aux enfants*. Pars, Eds. Courtes et longues.
- ROMANO H. (2015). *Accompagner le deuil en situation traumatiques*. Paris, Dunod.
- ROMANO H. (2012). *L'enfant et les jeux dangereux*. Paris, Dunod.
- ROMANO H. (2011). *La maladie et le handicap à hauteur d'enfant - Perspectives de prise en charge pour les proches et les intervenants*. Paris : Fabert.
- ROMANO H. (2010). « Comprendre les pratiques dangereuses à l'école » in *Revue de santé scolaire et universitaire*, n° 3 : 8-13.
- ROMANO H. (2010). « Le dessin-leurre. Traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants exposés à des événements traumatiques » in *Psychiatrie de l'enfant*, LIII, 1:71-89.
- ROMANO H. (2010). « Réflexion éthique sur les prises en charge d'urgence médico-psychologique » in *L'évolution psychiatrique*, vol. 7, n°4 : 525-535.
- ROMANO H. (2010). Être un adulte transitionnel ou comment permettre à l'enfant de se dégager de l'impact du trauma, *Revue Dialogue*, n° 189 : 121-130.
- ROMANO H., DUPUIS S., BAUBET T. *et al.* (2010). « La prise en charge de jeunes enfants victimes d'un événement traumatiques » in *Soins psychiatrie*, n° 269 : 33-38.
- ROMANO H., BAUBET T., CHOLLET-XEMARD C., MARTY J., MORO M.-R. (2010). *Medico-psychological emergency airport care of haïtian adopted children in France*. The Signal, World Association for Infant Mental Health Newsletter.

- ROMANO H. (2009). *Dis c'est comment quand on est mort ? Accompagnement des enfants sur le chemin du chagrin*, La pensée sauvage.
- ROMANO H. (2009). « Incidence du trauma sur le lien fraternel » in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 57 : 293-302
- ROMANO H. (2006). « Prise en charge des enfants et des adolescents victimes d'événements traumatiques » in *Stress et Trauma*, 6 (4) : 239-246.
- ROMANO H. (2003). *Guide de prise en charge des élèves victimes d'abus sexuels*, Hachette.
- ROUSSILLON R. (2001). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : PUF.
- SCHEERINGA M.S., ZEANAH C.H. (2001). "A relational perspective on PTSD in early childhood" in *J trauma Stress*;14: 799-815.
- SCHEERINGA M.S., ZEANAH C.H. (1995). "Symptom expression and trauma variables in children under 48 months of age" in *Infant Mental Health Journal*, 16 (4): 259-270.
- SCHEERINGA M.S., ZEANAH C.H., DRELL M.J. & LARRIEU J.A. (1995). "Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood". *Journal of the American Academy of child & adolescent Psychiatry*, 34 (2): 191-200.
- SCELLES R. *et al.* (2009). *Fratries confrontées au traumatisme*. P.U. de Rouen.
- SIRONI F. (2001). « Traumatismes intentionnels et psychothérapie », in MARTY F. (dir.), *Figures et traitements du traumatisme*. Paris : Dunod, p. 162.
- SPITZ R. (1949). « Hospitalisme » in *Rev Franç Psychanalyse*;13 :349-425.

- SPITZ R. (1946). "Anaclitic depression" in *Psychoanalytic Study of the Child*, 2: 313-342 (trad. franç.: *le Oui et le Non. La première année de la vie*, Paris : PUF, 1986).
- TERR L. (1991). "Childhood traumas : an outline and overview" in *Am J Psychiatry*, 148,1 :10-20,60.
- TERR L. (1990). *Too scary to cry. Psychic trauma in Childhood*. New York : Basic Books.
- TERR L. (1983). "Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school bus kidnapping" in *Am J.Psychiatry*, 34(2):191-200.
- TISSERON S. et al. (2004). *Le psychisme à l'épreuve des générations*. Paris : Dunod.
- TOMKIEWICZ S. (1991). *Aimer mal, châtier bien. Enquête sur les violences dans les institutions pour enfants et adolescents*. Paris : Seuil.
- TOMKIEWICZ S., MANCIAUX M. (2000). « La résidence aujourd'hui » in GABEL M., JESU F., MANCIAUX M., eds. *Bientraitance : mieux traiter familles et professionnels*. Paris : Fleurus
- VIAUX J.-L. (1995). *Victimes : actes et silence*. Rouen : PUR.
- WALSH F. (1998). *Strangthening family résilience*. New-York : The Guildford Press.
- WINNICOTT D.W. (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989.
- WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et réalité*, Folio, 2002.
- WINNICOTT D.W. (1959). « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels » in *La psychanalyse* n° 5, PUF, Paris.
- WINNICOTT D.W. (1959). « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels ». *La psychanalyse* n°5. Paris: PUF.
- WINNICOTT D.W. (1971). *Jeu et réalité*, Folio, 2002.
- WINNICOTT D.W. (1958), *La psychanalyse et le sentiment de culpabilité, de la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot,

1969, p. 338.

WOLFENSTEIN M. (1966). "How is mourning possible" in *Psychoanalytic Study of the Child* , 21: 93-123.

ZEANAH C.H., SHEERINGA M. (2002). "Evaluation of post-traumatic symptomatology in infants and young children exposed to violence" in OSOFSKY J.D., FENICHEL E., *Islands of safety. Assessing and treating young victims of violence ; Washington: Zero to Three/ National Center for Infants, Toddlers and families* : 9-14.