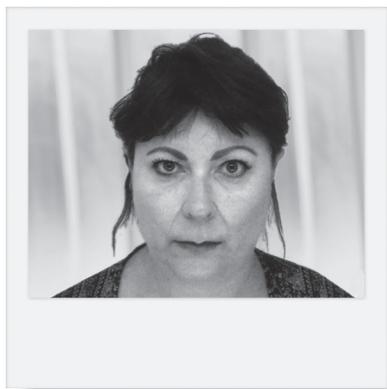


REPÈRES PRATIQUES

Pédopsychiatrie

La victimologie de l'enfant



→ **S. SFEZ**
Psychologue
clinicienne,
psychanalyste,
expert près la
cour d'appel de
Versailles – Cabinet
de psychologie
de l'enfant et
de l'adolescent,
BOULOGNE-
BILLANCOURT.

En France, 700 enfants meurent chaque année des mauvais traitements de leurs familles. Cela pose le cadre d'une problématique de santé publique dont la patrie des droits de l'homme ne semble pas être celle des droits de l'enfant.

Alors comment expliquer ce chiffre ? Tout d'abord, nous avons en France une forme d'idolâtrie de la position maternelle. Une mère aime forcément ses enfants, et ne peut leur faire de mal. Le concept de mère toxique est presque une insulte et pourtant, au palmarès des tueurs d'enfants, ce sont les mères qui arrivent en première ligne.

État des lieux en France : quelques chiffres

120 000 viols en France par an, dont 59 % avant 18 ans, il s'agit du type de d'événement qui est le plus pourvoyeur de troubles psychotraumatiques. On obtient ces chiffres par les études de victimisation, réalisées de manière anonyme par téléphone ; ainsi, la parole se libère.

Caractéristiques cliniques de la souffrance psychique d'un viol

Les violences sexuelles sont le prototype du crime ou délit parfait. En effet, l'immense majorité des agresseurs demeurent impunis : **10 %, soit 12 000 des viols, font objet de plaintes,**

3 % d'un jugement soit 360 et seuls 1 % d'une condamnation soit 120.

La loi du silence règne dans les familles, d'autant plus que 38 % des victimes mineures sont amnésiques des faits à l'âge adulte (William 1994).

Le viol est définie dans le code pénal par : *"tout acte de pénétration, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise."* Le crime est puni de 20 ans (article 222-24).

Les agressions sexuelles sont la même chose, mais sans pénétration : *"Activité sexuelle à laquelle une victime est incitée ou contrainte de participer par un agresseur, sur lui-même, sur elle-même ou sur une tierce personne ; contre son gré, ou par manipulation affective, physique, matérielle ou usage d'autorité, de manière évidente ou non ; que l'agresseur soit connu ou non, qu'il y ait ou non évidence de lésions ou de traumatisme physique ou émotionnel, et quel que soit le sexe des personnes impliquées. Le fait que l'enfant paraisse "consentant" ne modifie absolument pas le fait qu'il s'agit d'un abus"*.

80 % des viols sont jugés en correctionnel. Ils vont être recorrectionnalisés, c'est-à-dire que du viol ils vont être redéfinis comme agressions sexuelles, ce qui peut constituer une cause de survictimisation, aggravant le préjudice.

De même, les délais de prescriptions sont une cause de survictimisation majeure : quand la loi a prescrit, la victime n'a pas de statut, car c'est l'article de loi qui pose le cadre.

Il s'agit des nouveaux visages du déni – correctionnalisation des viols, fausses allégations, faux souvenirs – dans une société compassionnelle, qui brandit Outreau comme la preuve que les enfants mentent.

Il faut noter que 20 % des femmes et 8 % des hommes ont subi des violences sexuelles dans leur vie, de même que 10 % des enfants sont maltraités dans tous les pays (Johnson 1999, Felliti 1998, Herman 1992).

La psychanalyse a été un frein à la reconnaissance réelle du traumatisme réel. Dans sa théorie de l'hystérie, Freud a noté un si grand nombre d'agressions sexuelles et viols qu'il a

construit une théorie du fantasme, ne parvenant pas à croire qu'autant de femmes en avaient été victimes.

Dans les freins à l'avancée du statut de reconnaissance des victimes, il existe également l'échec de la prévention. Seuls 3 à 5 % de signalements émanent des professionnels de santé, qui sont au cœur des familles et auprès des enfants. Il s'agit probablement d'une carence de formation qui n'englobe pas toutes les possibilités face aux situations familiales. Par exemple un enfant dont les parents se disputent violemment est victime de violence, comme s'il en était l'objet direct. L'impact traumatique est de même intensité.

Autre difficulté : l'absence d'études françaises. En France, on rechigne à établir des grilles d'études statistiques, on étudie les phénomènes d'une manière trop intellectuelle, abstraite au niveau des idées et non des faits.

Toutes les comorbidités devraient alerter les professionnels de santé, car ils forment des symptômes écrans, comme la spasmophilie, la fibromyalgie ; personne ne fait le lien entre ce corps qui souffre mais en fait qui dit, qui met en scène son traumatisme.

Ainsi, Mireille Cyr pose systématiquement la question suivante : “avez-vous des antécédents traumatiques ?” Afin de rechercher systématiquement les maltraitances chez les enfants, on peut adapter la question : “est-ce que quelqu'un t'a fait quelque chose que tu ne voulais pas ? Qui t'a fait mal ? Qui t'a fait de la peine ? Avec lequel tu n'étais pas d'accord...”

La consultation est le moment du repérage et du dépistage, en ouvrant le débat, le médecin va pouvoir recueillir la parole de l'enfant :

- **Je vois que tu as une marque corporelle ou autre, dis-moi tout sur ça ?**
- **Est-ce que quelqu'un t'a fait quelque chose que tu n'as pas aimé ?**
- **Est-ce que quelqu'un t'a fait quelque chose que tu penses que n'était pas bien ?**
- **Il s'agit de poser des questions, sans suggérer.**

Pour le dépistage, il existe un protocole qui se nomme “entretien cognitif” de Fisher. Selon l'ODAS : “L'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.”

Abus n'étant pas le terme adéquat en français, c'est plutôt agression sexuelle, car abus supposerait un seuil acceptable et un seuil de dépassement au-delà duquel l'abus serait constitué. Ce qui n'est pas sémantiquement le cas dans les pays anglo-saxons.

Il n'existe pas de signaux d'alerte. Rien n'est pathognomonique dans la victimologie de l'enfant, car c'est sur le caractère de l'enfant que vont se développer les symptômes. Celui qui était un petit dormeur va devenir narcoleptique, celui qui était très agité va soudainement devenir calme...

En victimologie, le meilleur facteur de résilience est de faire cesser la maltraitance : un enfant maltraité est une bombe à retardement, car les enfants d'aujourd'hui sont les adultes de demain.

- Il existe deux types de traumatismes :
- trauma type I : un événement unique ;
 - trauma type II : événements répétés.

État de stress post-traumatique chez l'enfant (ESPT)

1. La névrose traumatique avant trauma type I

Une névrose survient dans l'après-coup du trauma infantile à la période œdipienne. Or, dans l'ESPT, on est loin de cette configuration. Il s'agit de réalité, de réactions physiologiques, pas de fantasmes. Selon Ackermann (1998), le diagnostic d'ESPT arrive en quatrième position après l'anxiété de séparation, le trouble oppositionnel et autre trouble phobique chez les enfants ayant subi un ou des événements traumatiques.

2. Caractéristique chez l'enfant

- **Syndrome intrusif** : activités ludiques répétitives (dessin, jeux), remises en acte agressives ou sexuelles lors desquelles ils remettent en scène le ou les événements : cauchemars de répétition terrifiants qui ne reproduisent pas toujours exactement le ou les événements traumatiques.
- **Les conduites d'évitement** peuvent concerner tout ce qui rappelle ou symbolise l'événement traumatique.

3. Trauma de type II : psychopathologie des attaques narcissiques

Attaques à l'identité et à l'estime de soi : l'enfant est bloqué dans son développement, ne sait plus qui il est ni ce qu'il vaut.

REPÈRES PRATIQUES

Pédopsychiatrie

Il existe des stratégies d'emprise que mettent en place les agresseurs, qui peuvent être considérés comme de grands pervers. Avec la mise en place d'attitudes de séduction/fascination pour aliéner davantage sa victime.

- Les manipulations sont de type multiple, comme les mensonges, accusations, rhétorique perverse, embrouille, isolement; la victime, qui est un enfant en pleine construction, ne sait plus où elle en est.
- Le désamour, les humiliations et la terreur peuvent également constituer des techniques d'emprises.
- L'emprise est destinée à faire des choses, des objets dépourvus d'identité, d'individualité, et on constate toutes les stratégies de manipulations possibles.

>>> **Le discours est pervers** en ce qu'il contient un double lien : *"qui aime bien châtie bien"*, ou traiter l'autre comme un chien (*"Fous le camp ! Viens ici ! Fous le camp !"*), dans une forme de rejet-attirance-rejet. Le problème est que l'enfant ne parvient pas à prévoir lorsqu'il va être rejeté ou accepté, et que les enfants ont besoin de beaucoup de stabilité de la part de leurs personnages tutélaires. De surcroît, les rejets ne dépendent pas d'éventuelles "bêtises" qu'ils commettraient, mais uniquement de la perversion interne du parent malade, ce qui ne leur donne pas de point de repère. Ainsi, le père qui viole sa fille, va lui dire : *"personne te croira"*, ou pire *"tu vas tuer ta mère"*.

Les pervers ont une intelligence stratégique exceptionnelle. Ainsi, lorsque le pervers jubile, la victime perd toutes ses certitudes : *"il avait l'air tellement sincère que je commençais à douter"*, ou *"tu peux partir quand tu veux mais t'as plus rien"*. Cela, les enfants peuvent en être les témoins directs.

En réalité, les pervers sont dépendants de leurs victimes dont ils se nourrissent.

Le pervers embrouille, au travers de ses processus pervers; ce qui signe le processus, **c'est l'inversion**. Le pervers est un homme formidable, et sa femme déclenche des réactions de rejets; les victimes de trauma répétées génèrent un contre-transfert négatif.

>>> **Les victimes souffrent d'hémorragie narcissique**: quand on subit une agression ou des agressions tous les jours, ça vide. On devient une enveloppe vide, et les personnalités traumatiques ont des troubles majeurs.

>>> **Les attaques identitaires**: l'enfant ne s'aime pas, et ne sait pas qui il est.

Psychopathologie

Dans le cas d'ESPT, on est confronté à une réalité traumatique, de faits réels, d'emprise psychologique et de maltraitances répétées. Il s'agit d'**événements traumatiques, à partir d'une réalité traumatique**.

>>> **La personnalité traumatique** est dans l'abandonnisme. Elle est terrorisée par l'abandon puisqu'elle est dans la répétition littérale, c'est-à-dire qu'adulte, elle va se remettre dans la situation de ses traumatismes infantiles.

>>> **Littéralité**: il existe une **répétition littérale**, par exemple rentrer dans une secte par répétition à l'emprise du père tyrannique et/ou pervers dans l'enfance, exercer la prostitution par répétition de viols mineurs.

>>> **Les aménagements cliniques** ne sont pas à la faveur des victimes. En effet, il existe un facteur presque inévitable de revictimisation, de troubles dysthymiques, de troubles somatoformes par déficit des capacités de symbolisation, dans une forme de pensée opératoire. Cela colle à la réalité; la prise de distance de recul et de critique ne fonctionne plus, car la personnalité brisée par les attaques traumatiques infantiles n'a plus de substance.

Quid de la résilience dont on entend tellement parler? La résilience, c'est la résistance d'un matériau aux coups. Il s'agit de trouver des mécanismes pour rebondir, des facteurs de résilience, ce qui n'efface en rien les facteurs et conséquences de l'ESPT chez l'enfant.

Modèle biologique

La pathologie psychologique de l'ESPT est franchement biologique:

- l'événement stressant active: thalamus activé. La voie rapide amygdale se met à sécréter du cortisol et de l'adrénaline, d'où création d'une réponse émotionnelle: soit fuir, soit réagir;
- l'événement traumatique est la voie rapide partielle. La réponse est émotionnelle, mais il se produit une invasion de cortisol et d'adrénaline.

Cette réponse submerge toute l'organisation psychique de l'enfant, et va produire un court-circuit, c'est-à-dire une séparation émotionnelle et cortex. L'enfant se dissocie dans un état de conscience modifié.

Ainsi, dans le trauma type II (répété) il se produit une anesthésie émotionnelle, et au niveau du cortex les zones s'allument à peine.

Les personnalités traumatiques utilisent des stratégies pour se mettre en anesthésie : anesthésie émotionnelle/dissociation

- Conduites à risques.
- Addictions quand on est très alcoolisé, on est dissocié.
- Pratiques sexuelles violentes : porno, perverses, etc.
- Conduites autoagressives.
- Conduites hétéroagressives.
- Jeûne, anorexie.
- Boulimie.

Tous ces comportements aggravent radicalement l'estime de soi.

Approche victimologie

Voici quelques paroles qui soulagent l'enfant et l'encouragent dans le dialogue :

- je te crois ;
- il (elle) n'avait pas le droit ;
- tu as bien fait de m'en parler ;
- tu n'y es pour rien ;
- c'est dur pour toi ;
- je vais tout faire pour t'aider.

Ainsi, on va proposer à l'enfant une reconnaissance, avec un rappel de la loi, assortie d'une offre de protection et mise en place d'un réseau d'aide.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.