

Jean-Pierre VOUCHE

AFPPL
Espace REUILLY
23 juin 2010

LA RÉSILIENCE DES ENFANTS EXPOSÉS AUX VIOLENCES CONJUGALES OU VICTIMES DE VIOLENCES SEXUELLES



*REPÉRAGE CLINIQUE DE L'IMPACT
SUR LES ENFANTS EXPOSÉS
AUX VIOLENCES DOMESTIQUES*

1

LE CONCEPT D'EXPOSITION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS TÉMOINS DE VIOLENCES CONJUGALES

-Définitions européennes et nord-américaines et références bibliographiques de ce concept

Les différents termes généralement employés sont "enfants et adolescents exposés à la violence" et "enfants et adolescents témoins d'actes de violence conjugale", pour les enfants témoins-victimes d'un environnement familial toxique.

De nombreux auteurs (par ex., HOLDEN¹ et coll., 1998, Marlies SUDERMANN² et Peter JAFFE, 1998) et nos équipes de Beauvais dans l'Oise³ (Jean-Pierre VOUCHE, Linda ZINOUNE, Dominique LAMBERT, Justine LOUBEYRE, 2008), du CMP de la Garenne-Colombes des Hauts de Seine (Emilie BOUTET, Justine LOUBEYRE, Jean-Pierre VOUCHE, mai 2002) préférons utiliser le mot "exposition" parce qu'il offre une description plus complète qui englobe le fait de voir, d'entendre et d'observer les effets de la violence conjugale, et le fait de vivre dans la peur, la terreur. Le mot "témoin" sous-entend "témoin oculaire" et il peut être parfois confondu avec celui de témoin devant un tribunal ou avec la préparation des enfants en vue de témoigner devant un tribunal.

Les enfants et adolescents exposés à la violence conjugale voient, entendent, et sont témoins d'actes de violence commis à l'égard de leur mère par leur père (parfois l'inverse) ou par le conjoint de celle-ci. Ils peuvent être des témoins oculaires ou se trouver dans une autre pièce, à l'étage ou au lit où ils essaient de s'endormir. Ils peuvent également constater les résultats de la violence. Ils voient et entendent des scènes qui vont de la violence verbale à l'agression sexuelle ou physique, dont des gifles et des coups de poings de pieds, des volées de coups et de l'agression armée avec ustensiles domestiques ou armes blanches. Ils entendent presque toujours la violence verbale et les insultes qui accompagnent la violence physique, et qui peuvent également se produire à d'autres moments. L'atmosphère familiale est souvent caractérisée par un manque total de respect de l'agresseur à l'égard de leur mère qui, à de nombreux égards, se trouve réduite à l'impuissance. Le milieu familial dans lequel ces enfants doivent vivre est donc « un climat et un environnement toxique » qui, dans bien des cas, compromet gravement leur bien-être et leur développement.

Le rapport de l'Unicef : Progress for Children, A Report Card on Child Protection, Number 8, Septembre 2008 cite une des plus vastes et exhaustives évaluations de l'étendue de la violence contre les enfants, à l'échelle mondiale, réalisée par Innocenti Research Center pour le Secrétaire général de l'ONU en 2006⁷. Cette étude estime qu'entre 500 millions et 1,5 milliards d'enfants dans le monde sont victimes de diverses formes de violence chaque année. Les données de 37 pays montrent que 86% des enfants

NOTES

(1) George HOLDEN, Robert GEFNER, and Ernest N. JOURILES, "*Children exposed to marital violence*", Washington (DC), American Psychology Association, 1998.

(2) Marlies SUDERMANN, Peter JAFFE, "*Les enfants exposés à la violence conjugale et familiale : guide à l'intention des éducateurs et des intervenants en santé et en services sociaux*", Agence de Santé Publique du Canada.1998.

(3) Jean-Pierre VOUCHE, Linda ZINOUNE, Dominique LAMBERT, Justine LOUBEYRE, Bilan qualitatif "*Les violences conjugales*" Beauvais 2007.

(4) *Violences conjugales, changer les auteurs, changer leurs comportements*, revue « Non-Violence » actualités, n°310 – Mai-juin 2010.

(5) *Violences conjugales, changer les auteurs, changer leurs comportements*, revue « Non-Violence » actualités, n°310 – Mai-juin 2010.

(6) Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF), réalisée en 2000 par des chercheurs du CNRS, de l'Ined, de l'Inserm et des Universités.

entre 2 et 14 ans vivent l'expérience de punitions physiques ou *agression* psychologique. Deux enfants sur trois sont soumis aux punitions physiques.

Le rapport examine quelques faits qui sont moins connus et en particulier *l'impact sur les enfants exposés à cette violence*. Quelque 275 millions d'enfants sont actuellement exposés à la violence familiale dans le monde et il s'agit là d'estimations prudentes. Le fait que le phénomène soit souvent mal documenté est que certains pays ne disposent même pas de données sur le sujet, explique qu'il soit difficile de calculer plus précisément le nombre d'enfants affectés.

Etablir des statistiques fiables en ce qui concerne les enfants victimes d'abus et d'exploitation sexuels c'est avéré être une tâche encore plus difficile: ces actes sont peu reconnus et peu signalés.

Les dispositifs originaux de L.F.S.M Paris, L.F.S.M Beauvais (Oise) et de la consultation du couple et de la famille au Centre Lucien Bonnafé de la Garenne-Colombes offrent des espaces cliques différents pour travailler les trois dimensions celle des victimes, celle des auteurs et celle des enfants exposés aux violences domestiques et enfants victimes de violences sexuelles.

NOTES

(11) Cité par A. Ciavaldini et M. Choquet in N. Horassius, P. Mazet (sous la direction de), Conséquences des maltraitances sexuelles. Reconnaître, soigner, prévenir, Conférence de consensus, John Libbey Eurotext, 2003.

(12) Idem.

(13) ENVEFF, commandée par le Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction Publique, lancée et réalisée par une équipe pluridisciplinaire de chercheurs en France métropolitaine, l'ENVEFF est la première enquête nationale de grande ampleur dédiée aux violences subies par les femmes.

(14) Bouhet et al. 1992; HSCP, 1997 cités par A. Ciavaldini et M. Choquet, op. cit. 11

(15) Quatrième rapport annuel au Parlement et au Gouvernement de l'Observatoire National de l'Enfance en Danger, 2008.

2

LES DOMMAGES CAUSÉS A CES ENFANTS

- LA NÉCESSITÉ D'INTERVENIR AUPRÈS DE CES ENFANTS

Les enfants qui sont exposés aux violences conjugales et victimes de violences sexuelles peuvent être profondément marqués par ces situations douloureuses. Les *manifestations traumatiques* apparaissant sous formes multiples, les symptômes immédiats et les conséquences à long terme pour l'enfant peuvent varier en fonction de divers facteurs. Ils seront étroitement liés à la nature, la durée et l'intensité des actes de violence, à l'âge et le sexe, à la maturité psychoaffective de l'enfant, ses capacités de défense psychique et/ou d'adaptation, l'existence chez lui de fragilités antérieures (par ex. handicap, vécu de victime etc.), l'arrêt ou la persistance de la violence.

Les violences physiques et sexuelles, vécues directement ou indirectement, plongent souvent l'enfant dans un univers de confusion, de peur voire de terreur face à l'impuissance d'empêcher la menace, lui font perdre la confiance en l'adulte et en ses repères habituels. Même si elles ne l'atteignent pas physiquement (s'il est "juste" témoin de violence sur une personne proche) ou si l'enfant ne présente pas ou peu de symptômes immédiats et observables, cela ne diminue en aucun cas le risque de retentissement négatif sur l'enfant! Dans l'énorme majorité des cas, si ces situations ne sont pas signalés et prises en charge rapidement, elles vont avoir d'importants effets préjudiciables sur la santé physique et psychique des victimes, leur sécurité, leurs conduites, leur développement affectif et social (capacités relationnelles, résultats scolaires etc.). Elles créent de graves traumatismes chez l'enfant et l'adolescent, perdurent souvent dans la vie d'adulte et il n'est pas rare qu'elles soient répétées et amplifiées ou qu'elles réapparaissent sous une autre forme à travers les générations.

Certaines manifestations alarmantes "typiques" sont rencontrées chez les enfants victimes d'abus sexuels ou témoins de violences conjugales. Cependant il est important de nous rappeler que les troubles manifestés par l'enfant sont multiformes et ne sont pas toujours repérables comme une conséquence nécessaire de violences vécues (on peut observer le même type de manifestations suite à une maladie, deuil, perte affective etc.). Les difficultés d'ordre divers que peut vivre l'enfant suite à une expérience en tant que victime de maltraitance sexuelle ou de violences familiales ne sont pas toujours immédiates et bruyantes, ni toujours spécifiques à ce type de traumatisme. Souvent la honte, la culpabilité ou la peur empêchent l'enfant d'exprimer ce qu'il subit et, parfois, quand il y arrive ... les adultes doutent de sa parole.

Les études portant sur les effets de l'exposition des enfants aux violences conjugales montrent que les troubles comportementaux et affectifs sont 10-17 fois plus fréquents que chez ceux appartenant à un foyer non-violent (Jaffe, Wolfe et Wilson, 1990)¹⁶.

Ces enfants souffrent souvent de problèmes affectifs: dépression, anxiété, refus d'aller à l'école, retrait des interactions sociales et difficulté à se séparer de leur mère (Sternberg et coll., 1993, Sudermann et Jaffe, 1997; Vouche, Zinoune, Lambert, Loubeyre étude, 2007)¹⁷.

Les actes de violence contre les pairs, les enseignants et les mères sont plus fréquents chez ses enfants qui sont témoins de violences envers les femmes, en particulier chez les garçons, mais ce comportement existe également chez les filles (Jaffe, Wolfe, Wilson et Sluszczyck, 1986 ; Kerig et coll, 1998 ; Vouche, Zinoune, Lambert, Loubeyre étude, 2007)¹⁸.

Il est important de souligner un autre phénomène alarmant : l'amplification et la diversification de modes d'expression violente quand le problème n'est pas dévoilé et le travail sur le système familial n'a pas été effectué.

Dans les foyers où la femme est victime de violence, les enfants courent eux-mêmes un risque beaucoup plus élevé de violence physique ou sexuelle de la part de l'agresseur de leur mère. Dans certains cas des enfants qui ont été abusés sexuellement par leur père ou beau-père, ne le révèlent que bien des années plus tard, lorsqu'ils vivent également la terreur de voir leur mère maltraitée physiquement ou verbalement (voire aussi le cas inverse!).

3 CRÉATION DES ESPACES CLINIQUES

(16) P. JAFFE, D. A. WOLFE, S. K. WILSON, *Children of battered woman*, Sage Publication, Newbury Park, (CA), 1990.

(17) Cités par J.-P. VOUCHE, *De l'emprise à la résilience*, op.cit. 9.

(18) Idem.



3.1. Les Ateliers d'expression des enfants : présentation de l'affiche de La Garenne – Colombes (A.P.)

Traitement psychologique
des violences conjugales
Repérage clinique de l'impact
sur les enfants exposés
aux violences domestiques

Hôpital Roger Prévot Secteur V
Chef de Service Dr Roland COUTANCEAU
Centre de Jour Lucien BONNAFE
23 bis rue de Plaisance
92250 La Garenne Colombes

ESPACE CLINIQUE

POUR ENFANTS - ADOLESCENTS

EXPOSES AUX VIOLENCES CONJUGALES

Jean-Pierre VOUCHE

Formes d'intervention

Les interventions de groupe et les interventions individuelles pour aider les enfants et les adolescents ayant été témoins de violences conjugales, intrafamiliales.

- Thérapie de groupe pour les enfants et les adolescents

Les thérapies de groupe sont très efficaces pour de nombreux enfants qui ont été témoins de violences conjugales, intrafamiliales.

Notre expérience depuis onze années sur Beauvais (Oise) et depuis six ans au CMP de la Garenne Colombes dans le cadre de notre unité systémique d'approche des violences familiales et violences conjugales, nous conduisent à mettre en place des espaces cliniques sur divers départements en structure fixe ou d'unité mobile.

Des équipes comme Jaffe, Wolfe et Wilson ; Peled et Davies et Sudermann au Canada ont été dans le sens de montage de telles unités suite à des études- recherches démontrant la pertinence de ce type de prise en charge clinique.

La thérapie de groupe met l'accent sur les caractéristiques suivantes :

- Créer un climat sûr et chaleureux où les enfants s'amuse (supports marionnettes ou collages photos, ou écrit contes, théâtre, etc) en plus de faire face à leurs expériences,
- Habilitier les enfants et les aider à surmonter leur sentiment d'impuissance,
- Planifier la sécurité pour des refuges en lieu sûr et de demander de l'aide à des adultes de confiance et aux services d'urgence,
- Rompre le silence, et faire part de certains de leurs sentiments et de leurs expériences,
- Apprendre à définir et à nommer les diverses formes de violence dont ils sont témoins,
- Apprendre qu'il y a des solutions non violentes pour régler les conflits (aspect transmission)
- Apprendre des façons non violentes et non agressives d'exprimer la colère et d'autres sentiments.

Groupes d'âge

La plupart des interventions regroupent les enfants qui en sont à la même étape développementale, par exemple les 4-6 ans, les 7-9 ans, les 10-12 ans et les 13-16 ans.

Animateurs cliniciens

Le groupe est co-animé par un clinicien homme et une clinicienne femme, pour illustrer les comportements et les attitudes des deux sexes. Discussion post groupe d'analyse de la séance groupale.

- Thérapie individuelle pour les enfants et les adolescents

La thérapie individuelle pour les enfants et les adolescents exposés à la violence envers les femmes peut prendre différentes formes selon la présence de l'enfant et de l'intervenant clinique et selon le développement de l'enfant. Nous avons recours à la thérapie pour permettre à l'enfant ou à l'adolescent d'exprimer ses expériences passées et actuelles ainsi que ses préoccupations et ses inquiétudes, et de découvrir des stratégies d'adaptation. Des techniques de relaxation sont adjointes quand cela semble utile.

- Soutien à la mère et aux parents

De notre expérience systémique nous proposons un cadre de soutien personnel ou du couple.

- Groupes à l'intention des mères victimes de violences conjugales (Au sujet des questions touchant l'éducation des enfants)

Les mères qui ont été victimes de violence ont souvent à relever des défis important après avoir mis fin à une relation de violence. Leurs enfants vivent eux aussi une profonde détresse et sont confrontés à de terribles défis. Pour régler certaines de ces questions, nous créons des groupes de soutien parental spéciaux à l'intention des mères. On y traite des de sujets comme la compréhension et la définition de la violence, la manifestation de ses effets, l'autonomie et l'estime de soi des enfants, le rétablissement de communications efficaces avec les enfants et la promotion de relations familiales non violentes.

3. 2. L'accompagnement systémique de la famille

Il faut situer le problème dans le contexte où il apparait : la famille ! Une famille nocive dans ses transactions. L'organisation familiale influence les symptômes de l'enfant témoin. Toute la famille est

engagée dans un jeu rigide d'interactions violentes et tous les membres de la famille coopèrent à son maintien. C'est l'existence même de ce rapport d'influence circulaire qui permet de considérer la famille comme système.

On considère comme système tout groupe de personnes qui interagissent entre elles et s'emploient à définir leurs relations réciproques selon des règles. On peut donc définir une famille comme un système interactif gouverné par des règles selon D.D Jackson¹⁹. Les règles sont des modèles interactifs caractérisant l'organisation des relations entre les membres d'un système, c'est-à-dire qu'elles dépassent l'identité individuelle des membres et acquièrent la signification de réalités propres au système. Ainsi la règle veut dans une famille que l'enfant l'aîné se mette à protéger sa mère (adulte) lors de violences intrafamiliales. C'est repéré par le père. La mère le sait et compte sur son enfant pour que la transaction s'arrête ou se dérive vers un autre membre de la famille.

4 LES CADRES CLINIQUES : EXEMPLES D'OUTILS CLINIQUES ET DE DISPOSITIFS SUR LA GARENNE-COLOMBES ET BEAUVAIS

Dans ces ateliers marionnettes que nous avons pu mettre en place depuis trois ans, nous remarquons que beaucoup d'enfants avaient besoin de mots pour élaborer les représentations mentales des faits violents en milieu familial. Ils ont besoin de médiateurs (les marionnettes) et de mots (commentaires associés en fin de séance) pour exprimer ce qui a fait violence et une souffrance de l'intérieur.

Nous proposons tout d'abord un travail thérapeutique avec marionnettes comme support de jeu dramatique (comme dans le psychodrame), puis nous avons créé un dispositif-marionnettes comme Colette DUFLOT l'a imaginé aussi pour des patients adultes hospitalisés en psychiatrie. A ces jeunes patients enfermés en eux-mêmes, sans avoir la ressource de la parole, il leur est proposé la fabrication d'une marionnette à leur idée au sein d'un groupe d'enfants exposés aux violences domestiques, avec comme visée, l'élaboration d'un scénario collectif, lieu de rencontre symbolique de personnages imaginaires créés par les différentes personnes di groupe, enfants, animateurs, et psychologues cliniciens. « Du corps à la parole » fût le thème d'un colloque organisé par « Marionnette et Thérapie » en 1988 à Charleville-Mézières. Des thérapeutes disaient repérer fréquemment des traits communs entre le personnage créé et son auteur, qu'il s'agisse de traits physiques (couleur des yeux ou des cheveux, posture du corps ou du regard), de traits de personnalité ou d'éléments d'histoire personnelle.

Lorsque ce premier « transfert » sur la marionnette s'effectuait à l'occasion de sa fabrication, une parole personnelle pouvait advenir là où il n'y avait que silence ou envahissement par le discours de l'Autre. La fabrication de la marionnette et de son histoire apparaissait comme un « prétexte » souvent

(23) D.D. JACKSON, *L'étude de la famille*, in P.Watzlawick, J.Weakland, *Sur l'interaction*, LE SEUIL, Paris, 1981.

(24) Luigi ONNIS, *Corps et contexte, Thérapie familiale des troubles psychosomatiques*, Editions Fabert, Paris, 2009

nécessaire avec des sujets jeunes envahis par la violence des parents, avant de pouvoir engager une cure par la parole en individuel.

Marie Christine Debien²⁵ lors des journées de rencontres ARAET 2008 (Association romande, arts expression et thérapies, Genève) : « la marionnette et autres doubles » nous ouvre des portes sur le monde de la marionnette. Elle travaillait dans un établissement qui accueille des adultes déficients intellectuels dont les troubles du développement et de la personnalité ont des origines diverses. Elle raconta que dans les années 1980, un jeune homme, peu déficient mais très nerveux, venait la voir régulièrement, car il souffrait d'un fort bégaiement. Empêché dans sa parole, il avait néanmoins beaucoup de choses à dire...sur ce qu'il faisait, mais jamais sur ce qu'il ressentait ou pensait. Il exprima le désir de « faire un spectacle de marionnettes ». Il avait du mal, lui expliqua-t-il, à parler comme ça, mais derrière un castelet, il était beaucoup plus à l'aise. Ainsi fût découvert l'intérêt de proposer à certains patients de fabriquer leur marionnette et de les faire parler et vivre !

(25) M.-C. DEBIEN, *Fabrication de marionnettes : Emergence d'une image et Construction du Moi*, Association « Marionnette et Thérapie », Bulletin trimestriel 2008/3,

5 LES EFFETS DE LA RÉSILIENCE

5. A. SIGNES CLINIQUES

La résilience c'est-à-dire la capacité à tirer profit de l'adversité est une façon nouvelle d'aborder les difficultés psychologiques en ce centrant sur les ressources, davantage que sur les symptômes et leurs conséquences négatives, comme la définit Michel Delage²⁶ qui a présenté un remarquable article sur le sujet.

Dans cette logique, plutôt que de présenter un concept, d'exposer sa genèse et ses manifestations de manière théorique et figée, nous allons essayer de présenter ce processus dynamique, *d'évolution* en dépit d'un environnement hostile, à travers l'expérience clinique quotidienne que nous en faisons.

Et cela à partir des manifestations initiales de souffrance que vivent les enfants exposés aux violences conjugales ou d'enfants victimes de violence sexuelle, tout en tenant compte de divers facteurs pouvant interférer, nous allons donner des exemples concrets d'une évolution positive, vers la résilience, ou négative, qui tend vers une rigidification et une amplification des troubles.

Lors des premiers rencontres avec les enfants nous observons certains signes cliniques, qui varient en fonction de la nature de la violence vécue, de la personnalité de l'enfant, de son environnement immédiat, mais qui présentent une certaine régularité et que nous avons choisi de systématiser pour faciliter notre travail et le rendre plus accessible au large public.

5.A. I. Signes généraux :

-Signes d'ordre psychologique :

Les signes psychologiques les plus fréquents exprimant un vécu traumatique chez l'enfant, suite à son exposition aux violences conjugales ou sexuelles, sont multiformes et peuvent apparaître immédiatement ou en différé.

Outre les manifestations bruyantes et soudaines de troubles de type psychotique (délire, dissociation, sentiments de déréalisation), borderline (crises de colère incontrôlables, angoisse de séparation exagérée) ou hystéroides (théâtralité, mythomanie, somatisations), qui peuvent apparaître suite à l'exposition de l'enfant à des événements d'une violence extrême, le plus souvent nous allons observer des manifestations dépressives et phobiques. L'expression inhabituelle de sentiments de tristesse et de culpabilité, les idées noires (très rare chez l'enfant), ainsi que l'apparition de peurs liées à des lieux (entachés des images traumatiques), à des personnes et des situations précises (avec de la méfiance, des tentatives d'évitement, voire des protestations etc.) doivent alerter les adultes de l'entourage.

Plus subtils et pas forcément spécifiques, mais tout aussi significatives sont les difficultés relatives à la capacité de maîtrise relationnelle. Ainsi la communication de l'enfant peut être marquée par des comportements agités et des échanges corporels brusques, une expression verbale logorrhéique ou au contraire des inhibitions graves de l'expression verbale et non-verbale dans la relation à l'autre.

(26) Michel DELAGE, *"La résilience : approche d'un nouveau concept"*, Revue Francophone du Stress et du Trauma Février 2001- Tome 1- n°2, 109-116

Et enfin, les troubles qui sont souvent les premiers à être repérés et signalés par les familles, ainsi que par les professionnels (enseignants, éducateurs) sont les comportements suragités, les difficultés de concentration et les troubles de l'attention de l'enfant-victime qui le mènent très souvent vers un retard scolaire et/ou vers un "retard intellectuel" réactif (et tout à fait réversible quand il est pris en charge précocement!).

-Signes d'ordre physique :

En ce qui concerne les manifestations de souffrance d'ordre physique, outre les dommages causés directement par les lésions traumatiques (dans le cas des enfants abusés sexuellement), dans la majorité des cas nous observons toute une panoplie de symptômes physiques (somatisations, mais parfois des véritables crises de maladies psychosomatiques).

"Langage expressif" privilégié de l'enfant, au même titre que les comportements (jeux, interactions, manipulation d'objets), ses formes d'expression sont souvent difficilement identifiables, mais leur prise en compte est d'une importance cruciale dans le processus de travail de la souffrance. Les signes d'ordre physique que nous rencontrons chez l'enfant sont variés. Les plus saillants, tels que les troubles alimentaires (notamment la boulimie), les troubles du sommeil (insomnie et hypersomnie, réveil nocturnes ou très tôt le matin, cauchemars, pleurs) et l'activation neurovégétative (hyperéveil, sursauts exagérés, nausées), sont en général suffisamment alarmants pour que nous puissions les identifier rapidement. Parallèlement ou indépendamment de ses symptômes peuvent apparaître diverses plaintes somatiques (douleurs abdominales, maux de tête, irritations dermatologiques) ou des expressions paroxystiques de maladies psychosomatiques (crises d'asthme, spasmodie). Il est nécessaire d'apprendre à repérer ses manifestations non pas de manière isolée, mais en relation avec d'autres symptômes et/ou changements inhabituels pour l'enfant, pour mieux saisir la nature et les réelles répercussions de la violence sur l'enfant, pour mieux l'accompagner vers le changement.

-Signes d'ordre comportemental :

Nous sommes soucieux de repérer par l'observation directe, mais aussi à travers les récits des parents, les proches, les professionnels, les divers signaux d'alarme que l'enfant peut émettre à travers ses comportements.

Ainsi certains types de comportements traduisent une souffrance dissimulée, qu'elle soit liée

directement à la violence subie ou à une carence affective et manque de soutien de l'entourage, qui ne peut qu'accentuer les troubles. L'agitation, l'hyperactivité, l'anxiété seront souvent exprimées parallèlement à une attitude de revendication, des exigences exagérées et inexplicables, aux jeux répétitifs et violents, avec parfois des changements brusques, sans transition entre des conduites opposées (par. ex. obéissance-désobéissance).

Chez les enfants et les adolescents cette agressivité et agitation non-canalises peuvent s'aggraver en se retournant contre soi-même dans les comportements à risque (auto-mutilations, scarifications, fugues, conduites addictives, T.S), ou contre les autres ("petite délinquance" avec comportements agressifs, port d'armes, vols). L'ensemble des manifestations précédemment citées peuvent coexister ou alterner avec des états souvent considérés à tort comme moins graves car "moins gênants" pour l'entourage: une perte d'intérêt pour des activités préférées, problèmes d'hygiène accompagnant en général un isolement volontaire, un manque de confiance en soi associé à l'inhibition ou les troubles relationnels, comportements régressifs ou "adultomorphes" (incapacité à jouer, adoption d'un rôle "trop responsable", manque de spontanéité etc.).

-Signes d'ordre langagier :

Tout comme les comportements, le langage de l'enfant-victime peut être agressif, incohérent ou inhibé, inapproprié pour son âge et changer soudainement suite à des événements traumatiques. Un discours négatif et dévalorisant, la répétition d'injures, de grossièretés et d'insultes peuvent à la fois constituer une répétition traumatique de ce que l'enfant a vécu et une tentative de se protéger contre la violence environnante. D'autre part les difficultés de mise en mots du vécu de l'enfant se traduisant par une expression logorrhéique (flot de paroles) et incompréhensible ou par une inhibition du langage expressif, risquent d'être considérées comme des "simples troubles du langage", s'ils sont considérés hors contexte et non conjointement avec d'autres signes cliniques.

5.A.2 . Signes positifs ou effets positifs résilients :

L'évolution de ces signes cliniques au cours de la prise en charge thérapeutique sera tributaire de plusieurs éléments de nature personnelle, relationnelle et également de certains éléments de vie significatifs pour l'enfant.

Dans cette dynamique de travail d'élaboration du traumatisme diverses manifestations indiqueront l'ébauche d'un travail de résilience.

Une véritable reprise du développement psycho-affectif se traduira par la diminution des peurs, de l'agitation et des comportements agressifs, le moindre évitement et isolement, une capacité augmentée d'expression émotionnelle avec moindre méfiance et sentiments d'être menacé.

La mise en mouvement psychique à travers les dispositifs thérapeutiques, la possibilité de s'exprimer, de mettre en représentation imaginaire, dans ses jeux et ses dessins, d'externaliser ses peurs dans un cadre sécurisant, vont augmenter la capacité de l'enfant de mettre à distance son vécu et de sortir de la répétition traumatique.

Ce travail considérable réalisé par l'enfant lui-même, ainsi que la capacité des parents d'être contenants, de reprendre leur rôles respectifs (travaillé par la prise en charge du système familial), permettront à l'enfant de se repositionner dans son rôle d'enfant, de réinvestir l'énergie psychique libérée dans les échanges et les activités. L'autonomisation de l'enfant dans l'espace groupal et au sein de la famille, la reprise du développement (psychoaffectif, aussi bien que physique) recréent une meilleure capacité de contact et de rapport à l'autre en général, la relation à l'adulte (qu'il soit thérapeute ou parent) est transformée, ses échanges avec les pairs deviennent plus riches et il peut réinvestir à ce moment ses apprentissages scolaires et ses activités habituelles.

5.A.3. Signes négatifs momentanés :

Dans cette dynamique d'évolution, il est important de prendre en compte et de prévenir autant que possible **l'influence négative de certains facteurs** sur le processus de résilience de l'enfant. Au cours de la thérapie il peut passer par des moments de regain d'agressivité à l'égard d'un des parents (ou d'un autre adulte), pouvant aller jusqu'à son rejet total. Dans d'autres cas le système familial peut maintenir le symptôme de l'enfant de manière inconsciente. Ainsi la persistance des symptômes chez l'enfant peut avoir une fonction sous-jacente de maintenir la relation entre les parents (parents séparés, qui ne communiquent qu'autour de la problématique de l'enfant par exemple). Il n'est pas rare aussi que certains parents, de manière paradoxale, "refusent" l'évolution de la situation, en renforçant certains signes cliniques chez l'enfant. Ces situations sont créées et maintenues souvent par un système familial qui "a besoin" de protéger un *statu quo* fragile mais confortable, pour éviter le changement, vécu comme menaçant, pour permettre à l'un ou les deux parents de revivre une problématique traumatique personnelle par substitution.

Cette dynamique complexe vient illustrer les bénéfices des interventions globales auprès de la famille, même si le travail thérapeutique est destiné à aider l'enfant de sortir de la problématique de victime, de la répétition et la rigidification des symptômes, ainsi que d'évoluer vers une construction positive de soi-même.

5. B

COMPORTEMENTS EN SÉANCES

Les effets de la résilience ou, au contraire, la difficulté de sortir d'un modèle pathologique, deviennent "visibles" à travers les comportements de l'enfant en séance, que nous observons directement, et à travers des récits de l'évolution que les parents peuvent nous transmettre.

Au cours de la thérapie groupale les enfants exposés ou victime de violence peuvent expérimenter, tester et s'approprier une grande variété de comportements dans un cadre de sécurité affective et un espace transitoire.

Les exagérations et les affabulations autour du symptôme de départ, auxquelles nous pouvons être confrontés, les revendications et les exigences excessives, les pleurs et l'agressivité multiforme vont s'atténuer avec le temps et suivant le rythme de l'enfant, son tempo personnel. Certes, il n'est pas rare que le rééquilibrage des comportements, afin de retrouver une plus grande souplesse, peut passer par une libération parfois excessive avec ouverture, voire même une désinhibition pour les enfants jusqu'à là inhibés et timides, qui se transforment avec le temps en regain d'intérêt, d'amusement, d'échanges, de jeux.

Cependant les premiers moments difficiles dépassés et la confiance instaurée, nous assistons à une surprenante reprise du développement psychoaffectif et physique qui a pu être bloqué par le traumatisme, réinvestissement de son propre corps par l'enfant et revalorisation de son image de soi vis-à-vis d'autrui.

Une meilleure approche, une diversification des attitudes relationnelles de l'ensemble des adultes thérapeutes sera petit à petit développée par l'enfant, en contre-point d'une relation exclusive avec un seul thérapeute, qu'il a pu rechercher au début.

Une levée de l'indifférence émotionnelle permet à l'enfant de manifester une attitude empathique, compréhensive et solidaire entre enfants, d'être capable de tolérance et de soutien vis-à-vis des ceux qui sont en plus grande difficulté. L'appropriation du cadre et des règles de la vie commune par l'enfant, l'acquisition de moyens de protection psychique, ainsi que le rétablissement des différences

générationnelles facilitent la diminution de l'agressivité avec plus de tolérance à la frustration, une capacité augmentée de rester en contact et d'exprimer des émotions plus tendres, plus affectueuse avec les autres enfants et adultes.

Les jeux deviennent plus calmes, l'enfant peut se concentrer et retenir son attention sur une activité ludique en respectant l'espace de l'autre, le cadre thérapeutique et en s'ouvrant à la possibilité d'apprendre de l'autre, par imitation, avec des modèles et des styles comportementaux plus adaptés.

Pour mieux réaliser et adapter nos interventions thérapeutiques nous sommes amenés à évaluer de manière régulière notre travail à l'aide des signes cliniques cités, systématisés sous formes d'outils cliniques appropriés à la problématique de la violence et à la spécificité de travail clinique auprès des enfants victimes directes ou indirectes.

Dans ce travail d'évaluation nous serons particulièrement attentifs à saisir les diverses situations familiales dans toute leur complexité à travers des manifestations tels que l'Inversion des rôles par l'enfant lorsque le(s) parent(s) sont présent(s) ou encore, la stagnation de l'évolution liée à la persistance de la situation familiale (s'il y a un arrêt de la violence ou pas, si les liens avec le parent violent est rompu ou subsiste etc.).

5. C

RECITS DES PARENTS

Dans cette démarche les récits des parents et de l'entourage plus élargi vont nous apporter des indications précieuses, mais aussi nous aiderons à solidifier et à soutenir le travail accompli avec l'enfant. Ils vont nous renvoyer des informations et renforcer de manière positive les bénéfices pour l'enfant au niveau de ses investissements scolaires, des ses activités et relations amicales. Les effets de ce travail avec le système familial vont être toujours à double sens. Il va induire progressivement un réaménagement des liens parentaux et avec l'enfant (gestion différente des conflits) ce qui va nous permettre de mesurer leurs capacités à protéger leurs enfants (diminution de la disqualification du conjoint, de l'autre parent par exemple). Ainsi certaines mères ayant pu être négligentes ou violentes, très fusionnelles ou projectives vont pouvoir assouplir leurs attitudes, quand la responsabilisation d'un père pas présent est engagée à travers les réunions familiales thérapeutiques. Une fois ce processus entamé, les changements peuvent opérer par rétroaction positive sur l'ensemble de la famille.

Ceci est une bonne illustration du fait que proposer une assistance à la parentalité pour des parents qui demandent une prise en charge individuelle, de couple (même si séparé) ou familiale, ne pourrait que favoriser le travail d'élaboration du traumatisme et la résilience de l'enfant-victime.