

L'enfant battu : aspects psychologiques

The beaten child : psychological aspects

B. Vanthournout

Centre SOS Enfants-U.L.B., C.H.U. Saint-Pierre

RESUME

Au-delà des lésions sur le corps, la maltraitance physique abîme l'enfant dans son être en devenir. Elle agit au niveau de ses " outils " et de l'utilisation qu'il en fera pour un jour devenir une femme, un homme, voire un parent.

Quelques cas cliniques nous illustreront les différents dommages psychosociaux ainsi que les mécanismes d'adaptation, véritables stratégies que l'enfant met en place pour survivre à ces situations de violence. Nous développerons ensuite la notion de processus en cours dans les situations de maltraitance et de l'importance d'analyser la dynamique familiale dans laquelle ce processus s'inscrit.

Les indicateurs de risques servent à compléter l'évaluation globale de la situation.

La prise en charge associe toujours la lourde question de la protection de l'enfant et les difficultés émotionnelles auxquelles sont confrontés les intervenants. Ce sont des raisons supplémentaires pour orienter ces situations vers des équipes spécialisées et de développer le travail en réseau. L'hospitalisation de l'enfant en dehors de toute indication médicale peut s'avérer utile mais il ne faut pas en sous-estimer ses effets néfastes. Nous terminerons par une note sur l'avenir de ces enfants qui n'est pas toujours aussi sombre que certains le disent.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 326-32

ABSTRACT

Well beyond its effects on the body, physical abuse spoils a child's future by jeopardizing its living « tools » to become a woman, a man, a parent.

Several clinical vignettes will illustrate the various psychosocial damages of physical abuse as well as the coping strategies the child will use to outlive these threatening situations. We will then thoroughly explore the process that underlies these situations of abuse and stress the importance of the dynamics the abusive family is engaged in.

The identification of risk factors completes the global assessment of these critical situations.

Taking charge of these problems requires to address the difficult question of the child protection as well as the emotional burden the helping staff is facing. This stresses the need for specialized teams and therapeutical networks to handle these difficult situations.

The hospitalization of the child, when not medically justified, may not be useful but its negative effects must not be underestimated.

We will end this paper with some comments about the future of these children, which is not necessarily as dark as some might forecast.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 326-32

Key words : beaten child, psychosocial damage

INTRODUCTION

Au-delà des lésions sur le corps, la maltraitance physique abîme l'enfant dans son être en devenir. Elle agit au niveau de ses " outils " et de l'utilisation qu'il en fera pour un jour devenir une femme, un homme, voire un parent.

S'intéresser aux aspects, aux symptômes psychologiques est essentiel pour amorcer l'étape du diagnostic mais insuffisant pour la conclure et envisager celle du pronostic et donc de l'évaluation des risques et

du traitement.

La maltraitance est à comprendre comme un processus qui s'inscrit dans une dynamique familiale toujours particulière et unique, parfois simple mais le plus souvent complexe où chacun, enfant, adulte tient un rôle essentiel.

La violence qui se déploie est avant tout la conséquence d'un trouble de l'attachement où le langage a perdu sa fonction ritualisante, symbolisante qui permet aux émotions de s'exprimer sans détruire

l'humain qui est en nous.

LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET LES FACTEURS DE RISQUE

Les symptômes psychologiques sont non pathognomoniques de la maltraitance et ne sont pas en relation directe de cause à effet avec tel ou tel autre type d'acte maltraitant.

Nous pouvons les envisager comme un langage codé qu'il va falloir décrypter afin de reconstituer le puzzle qui a mené au tableau qu'on a devant les yeux.

J. Barudy¹ parle de la " carrière morale " de l'enfant battu. Ce terme évoque bien la notion de processus en cours dans la maltraitance.

Il différencie le contenu traumatique et les mécanismes d'adaptation à la situation, c'est-à-dire les " processus d'apprentissage " de la violence.

Le contenu traumatique

Le contenu traumatique recouvre à la fois les aspects physiques des lésions dont il est question dans l'article de E. Rebuffat (publié dans ce numéro de la *Revue Médicale de Bruxelles* en pages S323-5) et les dommages psychosociaux qui sont :

- **les troubles de l'identité**, c'est-à-dire ce qui concerne l'image de soi, l'image corporelle, la notion d'avoir un vécu propre à soi ;
- **l'anxiété** due aux expériences répétées de séparations, placements, abandons, etc. L'anxiété peut aussi se manifester lors d'un contact physique où tout " rapproché " est dangereux. L'imprévisibilité du parent peut amener l'enfant à être sans cesse en alerte, méfiant ;
- **les difficultés scolaires** sont extrêmement fréquentes. Elles s'expliquent par des difficultés d'attention et/ou de concentration mais aussi des troubles du comportement de type agitation psychomotrice.
Ces difficultés scolaires sont parfois le signe de troubles de l'apprentissage et peuvent mener à un diagnostic de troubles instrumentaux voire de déficience intellectuelle ;
- **les troubles du langage** sont également très fréquents. Le langage occupe une place privilégiée dans cette problématique, nous verrons en effet à quel point il a perdu sa qualité " détoxifiante " au sein de la famille.
Nous retrouvons dans la psychopathologie de l'enfant battu des problèmes de vocabulaire pauvre, des difficultés d'énonciation, d'expression, etc. ;
- **les sentiments de dépression et d'auto-dépréciation** sont parfois masqués par des conduites agressives et de l'agitation mais ils sont très souvent présents. L'enfant est convaincu d'être mauvais, de ne rien valoir, c'est pour cela qu'il est l'objet de mauvais traitements. Cette culpabilité, cette honte de soi-même peut mener à des mécanismes d'autopunition voire d'autodestruction ;

- l'impulsivité, la colère, l'agressivité, les vols, sont des **troubles du comportement** qui peuvent attiser les réactions négatives du parent mais aussi le rejet de l'entourage voire l'indifférence à la souffrance vécue ;
- **les plaintes somatiques** telles que insomnies, énurésie, douleurs abdominales, etc., sont toujours à évaluer soigneusement.

Cas clinique

Magali est une petite fille de 10 ans et demi, hospitalisée pour crise d'angoisse avec hyperventilation et crise de tétanie.

A l'occasion de cette hospitalisation, elle révèle la maltraitance de sa mère ; celle-ci s'énerve, frappe, avec les mains, un seau ou un bâton. Elle l'a un jour poussée dans l'escalier et l'a menacée de la tuer. Magali explique que ses crises d'hyperventilation surviennent quand maman se fâche.

Son père essaye d'intervenir pour la protéger et réprimande la mère ; celle-ci s'emporte et s'ensuit une violente dispute de couple.

Le père dit avoir difficile depuis tout petit à gérer ses émotions. Il met cela en rapport avec l'attitude de sa mère à son égard : " elle n'était pas gentille, m'insultait, me traitait de sale nez juif, disait que j'étais un accident, me menaçait. Elle humiliait aussi mon père ; quand il a fait son infarctus, et qu'il est mort, il a fait dans son pantalon et elle s'est moquée de lui ".

Il s'en veut de n'avoir pas eu le temps de lui dire au revoir.

Magali a peur que son père meure quand sa mère est méchante avec lui.

Elle détourne la violence de la mère sur elle pour sauver son père. Les angoisses de mort sont omniprésentes, tant chez l'enfant que chez le père.

Magali a " choisi " de les mettre en actes plutôt que de les penser.

Les mécanismes d'adaptation

Les mécanismes d'adaptation sont de véritables stratégies que l'enfant met en place pour survivre à ces situations de violence. Il vit sous terreur, a mal, se sent impuissant.

L'enfant se trouve en position de dépendance vitale à l'égard de son parent, il est confronté à une angoisse extrême liée à la crainte d'être détruit, anéanti, abandonné.

Peu de choix sont possibles : l'enfant peut devenir un enfant conforme, sage, qui se fait oublier, il va idéaliser son parent afin de garder le sentiment d'avoir un bon parent et prendre sur lui la responsabilité des mauvais traitements.

Cas clinique

Mélanie a 10 ans. " Maman me tape dessus, c'est moi qui l'énerve, elle n'arrive pas à se retenir. C'est quand on la dérange, elle doit faire des choses très importantes pour son travail. C'est ma faute, c'est parce

que je désobéis ”.

Elle évoque aussi sa peur d'être " bannie " de la maison et rapportera un cauchemar : " maman devient un monstre, papa s'évapore avec de l'eau et moi je fais une crise d'épilepsie et je commence à mourir ”.

L'enfant peut aussi revêtir à son compte le rôle du méchant, avoir des comportements agressifs et provocants et de ce fait " dédouaner " son parent.

La loyauté au parent est extrêmement forte dans ces familles, l'enfant nous envoie souvent un double message qui est " Aidez-moi mais ne touchez pas à ma famille ”.

Bon nombre d'enfants refusent que l'on voie leur parent, ils craignent bien entendu les représailles mais

aussi ne veulent pas mettre le parent en difficulté, ne veulent pas prendre le risque de voir leur construction fragile du parent idéalisé s'écrouler.

Enfin, l'enfant peut s'identifier à l'agresseur. Cet autre mécanisme d'adaptation à la violence lui permet de dominer la situation, de la contrôler et donc d'échapper à ses sentiments d'impuissance et de détresse. Il devient tout-puissant, insensible, indifférent.

Le risque est alors grand de voir se répéter la violence de façon transgénérationnelle.

Bien entendu un enfant n'est pas l'autre ; les effets traumatiques à court et à long terme de ces mauvais traitements seront aussi fonction d'un ensemble de facteurs allant de son âge et son histoire

Tableau 1 : Indicateurs de risques émanant du passé de l'enfant.

| Parents | Couple parental | Enfant concerné | Fratrerie | Réseau familial et social |
|-------------------------|-----------------------|---|--------------------------------------|---|
| Maltraitance subie | Violence | Négligence, violence <i>in utero</i> | Antécédents de maltraitance | Isolement |
| Placements | Unions multiples | Grossesse non désirée, non suivie, mal acceptée | Grossesses trop proches ou multiples | Ruptures |
| Affection psychiatrique | Instabilité conjugale | Séparation précoce | Abandon ou enfant donné en adoption | Conflits |
| Toxicomanie, alcoolisme | Mariage arrangé | Prématurité | Décès d'un enfant | Confusion entre les générations |
| Délinquance | | Handicap, maladie grave | Placements | Troubles inter- ou trans-générationnels |
| Incarcération | | Filiation posant problème | Présomption de mauvais traitements | |
| Prostitution | | Placements | Famille nombreuse | |
| | | Enfant réparateur, idéalisé | Différents géniteurs | |

Tableau 2 : Indicateurs de risques concernant le présent de l'enfant.

| | | | | |
|---|---|--|----------------------|---|
| Affection psychiatrique | Disputes violentes, mésentente profonde | Atteintes ou lésions suspectes | Placements divers | Système à transactions pathologiques, rigides, chaotiques, totalitaires ou enchevêtrées |
| Toxicomanie, alcoolisme | Hostilité de la famille d'origine | Retard staturo-pondéral | Rupture des liens | |
| Débilité | Rejet de l'entourage | Retard de développement | Retards divers | |
| Immaturité | Rupture | Enfant difficile, critiqué, peu gratifiant | Violence fraternelle | |
| Impulsivité | Abandon | Nécessité de soins particuliers, coûteux | | |
| Instabilité | Perte | Hospitalisations multiples | | |
| Maladie ou handicap | Communication dysfonctionnelle, grande différence d'âge | | | |
| Manque de ressources | | | | |
| Mineurs d'âge | | | | |
| Attitude ou propos négatifs envers l'enfant | | | | |

à la qualité de son environnement en passant par l'histoire personnelle de ses parents, de leur couple, et de sa fratrie.

Y.H. Haesevoets² différencie les indicateurs de risques appartenant au passé (Tableau 1) de ceux concernant la situation présente (Tableau 2). Ils permettent d'effectuer une évaluation globale de la situation.

PROCESSUS DE LA MALTRAITANCE ET DYNAMIQUE FAMILIALE

C'est à l'intérieur de cet espace émotionnel très intime qu'est la famille que le langage s'apprend. Celui-ci est essentiel pour pouvoir attribuer du sens au monde perçu.

Il donne accès à la symbolisation et à la représentation et nous permet de préciser notre identité et notre sentiment d'appartenance.

La parole est un véritable régulateur et médiateur de l'agressivité qui naît des différentes interactions dans le groupe¹.

La maltraitance apparaît lorsqu'il existe une inadéquation dans les rapports parents/enfants, *un échec de la rencontre*¹.

Lorsque les interactions perdent leurs formes ritualisées et donc leur valeur de communication, des émotions non contrôlées peuvent provoquer une explosion de gestes, de paroles, la tentation de frapper pour faire mal, pour détruire.

La maltraitance est une pathologie qui investit le fonctionnement global de la famille, elle est le reflet du dysfonctionnement des transactions.

Elle apparaît quand le système est confronté à une crise, vécue comme une menace, par exemple : un décès, un parent au chômage, une naissance, un déménagement, etc. L'enfant peut contribuer à l'expression de cette crise et en devenir le bouc émissaire.

Elle survient aussi quand le système est déjà fragilisé au départ par des troubles de l'attachement (le parent ne trouve pas la bonne distance, c'est soit trop proche soit trop loin, ce sont en quelque sorte des enfants *détachés, des êtres sans autres, profondément égocentriques*), des défaillances de la capacité parolière (" quand je lui parle il ne m'écoute pas ", le parent ne trouve pas le langage adéquat) ou d'autres situations graves et entraîne un " épuisement " trop rapide des rituels destinés à gérer l'agressivité dans la famille.

La désobéissance de l'enfant renvoie au parent sa propre impuissance, sa souffrance de n'avoir jamais été reconnu.

La violence à l'égard des faibles devient un mode

de vie où les principes et conduites sont hérités des générations précédentes. Il n'est pas rare dans ces familles que les grands-parents soient omniprésents et participent à la répétition des transactions violentes. On retrouve des antécédents lourds de ruptures répétées, d'alcoolisme, de placements, etc.

Bien souvent, ces parents n'arrivent pas à établir une relation basée sur la réciprocité, la gratification ; ils n'arrivent pas à investir leur enfant en tant que sujet, celui-ci leur sert d'objet, de chose vers qui ils projettent toutes leurs rancœurs, leurs frustrations accumulées depuis de très longues années.

L'enfant est parfois la représentation du mauvais objet du parent.

L'enfant peut aussi être l'objet d'une demande démesurée ; il doit réparer les souffrances, combler les vides afin d'être reconnu.

Pour S. Cirillo³, l'objectif est de comprendre mais surtout de modifier les *patterns* dysfonctionnants dans lesquels la violence prend racine pour mettre la famille en état de récupérer ses propres fonctions d'éducation des enfants.

Il utilise un modèle fondé sur la métaphore du jeu pour décrire le monde dans lequel les relations entre les différents membres de la famille sont organisées et évoluent.

Il présente tout d'abord les familles " à incapacité parentale comme message ", où la maltraitance signifie un reproche adressé au conjoint qui se désintéresse du parent maltraitant. Ici l'enfant est un émetteur de message.

Il présente ensuite les familles où le jeu est de type " bouc émissaire ", où il y a une participation active de l'enfant maltraité au maintien du jeu pathogène. L'enfant est un véritable stratège et non un complice de la maltraitance.

Cas clinique

Samir est un petit garçon de 9 ans et demi ; il est amené aux urgences par une personne de son école. Il a les jambes et les fesses couverts d'hématomes ainsi que le visage. Tous les hématomes ont le même âge.

Le père a été convoqué à l'école suite à des insultes que Samir a proférées à l'encontre d'une gardienne. En montant dans la voiture, le père lui a tiré les oreilles ensuite donné des coups de poings dans le ventre. A la maison, il a reçu des coups de pieds et des coups de poings ainsi que des coups de raquette (qui s'est cassée !).

Samir est depuis une semaine dans cette école spéciale de type 8.

Malgré les troubles instrumentaux diagnostiqués de longue date, la réorientation scolaire n'a été possible que récemment en raison de l'opposition des parents.

Il est décrit comme renfermé, perturbé, n'ayant pas de signes d'agressivité. Il recherche la compagnie des plus petits et a tendance à susciter le rejet par exemple en crachant dans la soupe.

Il explique assez facilement les faits, parle de coups au quotidien. Il aurait déjà eu des bleus aux fesses mais personne ne l'a vu. Il dit que c'est la première fois que son père prend un objet pour le frapper.

Il n'évoque pas la douleur ni la peur.

A propos de sa mère il dit : " D'habitude maman me défend en essayant de calmer papa, alors ils se battent, se bagarrent, se crient dessus, maman a été blessée les vacances passées, elle avait du sang au cou ".

Il dénie ses difficultés scolaires, idéalise ses résultats. Samir est l'aîné d'une fratrie de trois garçons âgés respectivement de 9 ans et demi, 4 ans et demi et 3 ans.

Dans sa petite enfance, on relève une marche tardive (18 mois), un retard psychomoteur pour lequel il sera suivi pendant un an, de 5 à 6 ans, de l'encoprésie jusqu'à 4 ans.

Un Rorschach est réalisé : peu de réponses sont fournies, le contrôle est important. La pensée est conformiste (beaucoup de banalités) ou peu socialisée (monde fantastique, irréel). Il n'y a pas de représentations de personnages en relation. Le registre pulsionnel ne prend forme que par les objets et sur un versant agressif. L'imageno paternelle est associée à une bombe qui explose et un dragon, l'imageno maternelle à un manque, une incomplétude.

■ Histoire de sa mère : Sa mère est d'origine portugaise ; elle a un frère cadet. Ses parents sont tous deux infirmiers psychiatriques et travaillent dans la même institution en Belgique. Les enfants sont alors très souvent livrés à eux-mêmes.

La violence conjugale est importante et s'exerce devant les enfants.

Les parents se séparent lorsqu'elle a 12 ans, son père quitte le domicile pour une autre compagne. Il reviendra ensuite à la maison pour partir à nouveau quelques années plus tard.

En réaction à la séparation, la mère de madame va développer une anorexie grave et sera hospitalisée. Madame consacra beaucoup de son temps à s'occuper de sa mère et ne quittera la maison qu'à 28 ans pour faire sa vie.

Elle aura un premier compagnon à 25 ans avec qui elle aura un bébé qui décédera de mort subite.

Sa grand-mère a toujours des problèmes de santé importants et souffre de dépression, il est question qu'elle vienne s'installer chez sa fille suite à des soucis financiers majeurs.

Elle connaît son mari depuis ses 14 ans, lui en avait 16. Ils se fréquentaient dans des manifestations contre le racisme et dans différentes associations sociales. Elle travaille comme employée communale à temps plein.

Samir a été un enfant très désiré, très investi. Il a mal supporté la naissance de son frère lorsqu'il avait 4 ans et madame a été fort désemparée de cela.

Lorsqu'elle est enceinte du troisième enfant, elle évoque l'interruption de grossesse. Son mari lui laisse le choix. Elle renonce finalement à l'IVG et Medhi naît en 2001

lorsque Samir a 6 ans.

Elle se dit épuisée tant par le travail que par les enfants. Depuis la naissance du 2^{ème} enfant, la violence conjugale se manifeste, la famille est isolée.

Lorsque sa mère rentre et découvre Samir couvert de bleus, elle souhaite qu'il aille à l'école pour que tout le monde voie ce que son père lui a fait. Elle souhaite que cela " marque le coup " et que le père soit puni.

■ Histoire de son père : Son père est l'aîné d'une fratrie de 7 enfants ; il est d'origine marocaine. Ses parents immigrèrent lorsqu'il a 4 ans après la naissance du 3^{ème} enfant.

Le 2^{ème} enfant est un garçon qui présente un handicap mental sévère dû à une maladie congénitale. Le père portera littéralement ce handicap, il s'occupera beaucoup de son jeune frère sans que jamais cela ne soit reconnu.

Il dit avoir eu une place de bouc émissaire dans la famille et avoir été victime de punitions excessives et d'une éducation très rigide.

Il quitte le foyer familial à 15 ans, rencontre une jeune fille qui très vite tombera enceinte. Il lui demande de garder l'enfant et est prêt à retourner chez ses parents pour lui offrir un domicile adéquat. Elle refuse, se fait avorter et le quitte. Il en parle encore avec beaucoup d'émotion.

■ Hypothèses quant au dysfonctionnement familial ayant mené à la maltraitance

Samir est un enfant au départ très investi tant par la mère que par le père. Tous deux ont vécu la souffrance d'avoir eu un premier enfant mort. Samir aurait donc la lourde mission de leur rendre cet enfant perdu ?...

Tâche impossible ! Samir va vite se montrer peu gratifiant, les premières difficultés apparaissent à l'âge de 2, 3 ans et replonge le père dans l'angoisse du handicap et dans son combat auprès de son jeune frère. Combat qui, une fois de plus, ne sera pas reconnu par la mère et dont l'échec est signé aux yeux de tous lors de la réorientation scolaire.

La mère de Samir, quant à elle, permet à la violence de s'exercer pour dénoncer l'incapacité parentale et conjugale de son mari. Elle exige qu'il aille dans cet état à l'école, elle " utilise " son enfant pour dénoncer son mari sans un seul moment " penser " ses plaies, sa souffrance.

C'est sa souffrance à elle qui est en jeu.

Elle se " rachète " de n'avoir pu dénoncer la violence de son père et la souffrance qu'il a fait encourir à sa mère. Elle peut aussi, par la même occasion, se donner l'impression de sauver sa mère et ira jusqu'à la ramener à la maison.

Cette situation illustre à quel point la maltraitance est un véritable processus qui s'inscrit dans une dynamique familiale particulière faite de rancœurs, de souffrances, de frustrations. Chacun a un rôle spécifique ; l'enfant, émetteur de message, la mère, révélateur de la maltraitance mais aussi incitateur, quant au père, l'auteur, c'est sa fureur à l'encontre de sa femme, son sentiment d'abandon réactivé qui le pousse à l'acte.

ET LA CULTURE ?

*Epargne le bâton, tu auras un enfant gâté.
Qui aime bien, châtie bien.
Celui qui ne lèvera pas la main sur sa fille, lèvera sa
main sur ses propres genoux.
La chèvre ne marche pas sans bâton (Dictons).*

Quelle que soit la culture à laquelle on appartient, il y a toujours la possibilité de "légitimer" la violence exercée à l'encontre de l'enfant par une idéologie ou une croyance.

Lorsque l'homme croit que son système de croyance est une vérité absolue, il place l'autre non plus à une position de semblable mais bien à une place de chose qui peut se révéler dangereuse et persécutrice.

Les coups sont présentés comme des actes nécessaires à l'éducation de l'enfant.

L'approche interculturelle nous permet de nous décentrer en intégrant le contexte culturel et migratoire⁴.

Le contexte culturel apporte des indications sur la culture de la société d'origine, plus spécifiquement sur la manière dont on pense la nature et la place de l'enfant, ses besoins, ses attentes, ses maladies et les modalités éducatives.

Le contexte migratoire fragilise les familles qui se trouvent confrontées à d'autres modèles et à d'autres représentations de l'enfant.

Lorsqu'on migre, on se déplace avec sa culture.

"La maltraitance est le résultat d'une interaction anormale entre la culture d'origine des parents, le projet socio-éducatif de la société d'accueil et la recherche de la personnalité chez l'enfant" (Ezembé).

J. Barudy¹ distingue "la violence agressive", qui a été évoquée dans le chapitre précédent, de "la violence idéologique", résultat de croyances destructrices qui empêchent l'utilisation adéquate des rituels familiaux régulateurs d'agressivité.

La remise en question des valeurs parentales remet en question les valeurs culturelles d'origine.

Lorsqu'on intervient dans ces familles, il est important d'amener les parents à comprendre que certains comportements ne sont pas adaptés au contexte migratoire sans qu'ils perdent leur identité sinon le risque est grand de voir se déplacer sur le parent le vécu de victime. Le parent peut croire que l'enfant menace son intégrité.

Il est tout aussi essentiel de tenir compte du paradoxe dans lequel l'enfant est placé : le bien faire de là-bas et la valeur de ses actes ici.

PRISE EN CHARGE DE LA SITUATION

A partir du moment où le diagnostic est posé (examen médical, anamnèse personnelle de l'enfant, recherche des facteurs de risques), il est essentiel et prioritaire de se poser la question de la protection de l'enfant.

Question très délicate et lourde de conséquences. En effet, faut-il, pour assurer la protection de cet enfant, le séparer de sa famille, le faire hospitaliser, appeler un juge de la jeunesse ?, etc.

Les actes à poser, les décisions qui en découlent, les traitements à assurer, sont autant d'étapes déterminantes pour l'avenir de l'enfant mais également pour celui de toute sa famille.

Il est impératif que durant toutes ces étapes l'enfant soit soutenu, si besoin traité, qu'il puisse s'appuyer sur un adulte respectueux de tout son être, de toute sa personne.

Les parents doivent avoir la possibilité de remettre en question leur éducation, de parler de leur souffrance d'enfant, de cette rage qui les détruit. Cela peut rouvrir des blessures et soulever des émotions très dévastatrices.

Pour travailler avec ces familles, le cadre de travail doit avoir des qualités thérapeutiques et sécurisantes, des qualités qui privilégient la rencontre, l'écoute, les soins, l'aide et non pas le jugement, la "bonne" morale, qui ne peuvent que provoquer une escalade dans l'agressivité.

L'intervenant est fréquemment confronté à des émotions, des sentiments difficile à gérer sur les lieux du travail. Ces émotions vont bien entendu être en rapport avec sa propre histoire, ses souffrances d'enfant ou de parent et lui renvoyer des images douloureuses.

Afin de pouvoir gérer ces multiples "contre-transferts", il est indispensable de pouvoir se reposer sur une équipe, d'avoir des lieux de discussions de cas où chacun peut partager son travail et ses incertitudes.

C'est la raison pour laquelle il me semble que ces situations doivent être orientées vers des équipes spécialisées.

Qu'en est-il de "enfant battu deviendra parent maltraitant" ?

Il ne s'agit pas d'un déterminisme rigide. Beaucoup d'enfants battus deviennent des parents non violents, mais beaucoup d'entre eux ont des difficultés en tant que parent à faire appliquer une discipline. Ces parents n'osent ni faire respecter les limites, ni en fixer. Pour S. Forward⁵, c'est une façon de se révolter contre les souffrances de leur propre enfance. Cela peut bien entendu avoir un effet négatif sur le développement de l'enfant dans la mesure où le sentiment de sécurité est

apporté par la mise en place de limites justes et respectueuses.

Parlons alors de transmission transgénérationnelle plutôt que de répétition qui évoque la reproduction à la manière d'une photocopie. En effet, les rencontres, les expériences de vie, la vie amoureuse ou professionnelle sont autant d'événements qui peuvent modifier la "mémoire transgénérationnelle" et permettre à l'enfant de se différencier de sa famille d'origine.

Mais ne nions pas la clinique qui nous confronte au fait que la majorité des parents maltraitants sont d'anciens enfants maltraités.

Si l'enfant ne peut pas donner du sens à sa souffrance, ne peut pas être reconnu comme victime, apprend trop longtemps à se taire et à survivre, il y a de fortes chances qu'il devienne à son tour un parent maltraitant.

L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation permet de répondre, dans un premier temps, à l'inquiétude protectionnelle. De plus, elle rend possible une observation complète de l'enfant ; les aspects liés au développement, la sphère relationnelle, en tenant compte du biais de la séparation parent/enfant. Elle permet de gérer conjointement les aspects médicaux et psychologiques.

Cependant, elle suscite souvent la crise au sein des relations familiales ; le parent se sent blessé, défaillant, craint le jugement des intervenants mais aussi parfois l'intervention judiciaire. Il peut se sentir déchu de son autorité, il peut avoir honte.

Cette crise sert de levier pour aller véritablement à la rencontre des parents, certains nous diront " *venir voir mon enfant à l'hôpital, ça marque le coup !* ".

L'enfant, même s'il est soulagé d'être hospitalisé, est aussi inquiet, angoissé des conséquences de ses propos, de ce que ses parents vont penser de lui, il a peur d'être abandonné.

Nous sommes parfois frappés de ce que l'enfant va mettre en scène, ce qu'il va rejouer dans ses relations avec ses pairs ou avec les adultes soignants.

Au terme de cette observation, nous décidons de l'opportunité d'une intervention judiciaire qui tient compte des faits de maltraitance, des ressources de l'enfant et des capacités mobilisatrices des parents.

Malheureusement nous sommes souvent confrontés à un délai trop court pour pouvoir réaliser cette observation complète. La salle de pédiatrie générale ne permet pas des hospitalisations de plus de deux semaines. Passé ce délai, le personnel soignant s'épuise faute de ressources, les parents s'impatientent, et l'enfant risque fort de revenir sur ses déclarations en raison de l'incertitude qui plane sur son sort. Dans bien des cas, il préférera rentrer à la maison plutôt que de rester à l'hôpital où rien n'est prévu à plus long terme pour sa scolarité, ses activités, ses besoins affectifs.

C'est à ce moment que le travail de réseau prend tout son sens. Le médecin traitant, un centre de santé mentale, une AMO,..., tant de personnes qui ont en tête le même souci d'aider cet enfant à grandir de façon harmonieuse sans devoir porter un fardeau qui ne lui appartient pas.

BIBLIOGRAPHIE

1. Barudy J : La douleur invisible de l'enfant, approche écosystémique de la maltraitance. Ramonville Saint-Agne, Erès, Coll. Relations, 1997
2. Haesevoets YH : Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Bruxelles, Kluwer, 2003
3. Cirillo S, di Blasio P : La famille maltraitante. Paris, ESF, 1992
4. Aouattah A : Maltraitance et culture. Temps d'arrêt, lectures, 2004
5. Forward S : Parents toxiques, comment échapper à leur emprise. Stock, 1991. Titre original : " *Toxic parents overcoming their hurtful legacy and reclaiming your life* ". Bantam Books
6. Miller A : C'est pour ton bien, racines de la violence dans l'éducation de l'enfant. Aubier, 1984. Titre original : " *Am anfang war erziehung* ". Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag
7. Chiland C, Young GJ : Les enfants et la violence. Paris, PUF, 1997. Titre original : " *Children and violence* ". Jason Aronson Inc

Correspondance et tirés à part :

B. VANTHOURNOUT
C.H.U. Saint-Pierre
Centre SOS Enfants-U.L.B.
Rue Haute 322
1000 Bruxelles

Travail reçu le 9 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive le 25 juillet 2005.