

Enfants victimes d'abus sexuel :

Expression du traumatisme psychique à travers le dessin

Received: 13/06/2017 /; Accepted: 01/06/2018

Zahra DJADOUNI

Université de Mascara, zahra.djadouni@univ-mascara.dz

الملخص: في هذا المقال، قمنا بتطوير عمل عيادي لأربع أطفال ضحايا اعتداء جنسي خارج العائلة، من خلال عرض منظم لمجموع الأعراض والمؤشرات الدالة على ظهور معاناة ما بعد الصدمة لدى هؤلاء الأطفال. التعامل العيادي تم من خلال سبع مقابلات نصف موجهة بمعدل مقابلة في الأسبوع، واختبار الرسم الحر، واختبار رسم الشخص في مقابلتين متتاليتين. من هذا المنظور تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن المعاناة النفسية التي يعيشها الأطفال ضحايا التحرش الجنسي، ومساعدتهم على التعبير عن معاناتهم، وأخيرا اقتراح مخطط علاجي يتوافق وهذا العرض السيكوباتولوجي **الكلمات المفتاحية:** الاعتداء الجنسي؛ الصدمة النفسية؛ اختبار الرسم الحر؛ اختبار رسم الشخص؛ التحليلي العيادي.

Résumé : Dans cet article, on a élaboré un travail clinique à travers une expérience de terrain sur quatre cas d'enfants ayant été victimes d'abus sexuel extrafamilial. Cela fait tout en présentant, de manière systématisée, les signes et les symptômes significatifs dans l'émergence de manifestation de la souffrance poste- traumatique chez ces enfants. Les rencontres cliniques se sont déroulées à travers sept entretiens semi-directifs avec, pour chacune, une semaine d'intervalle ainsi qu'une passation de dessin libre et de dessin de Bonhomme dans deux entretiens successifs. Dans cette perspective, l'objectif primordial de cette étude est de repérer et dépister la souffrance psychique de l'enfant abusé sexuellement, l'aider à verbaliser sa souffrance et enfin proposer, au terme de ce repérage pathologique, un schéma thérapeutique.

Mots clés : Abus sexuel ; traumatisme psychique ; dessin libre ; dessin du Bonhomme ; interprétation clinique.

Child Victims of Sexual Abuse: Expression of Psychic trauma through drawing.

Abstract: In this article, we have developed a clinical work across field experience, four cases of children who have been victims of extra familial sexual abuse. This makes, while presenting in a systematic manner, the signs and significant symptoms in the emergence of manifestation of post-traumatic pain in these children. The clinical meetings were held through seven semi-structured interviews for each one, a week apart and a free drawing for the award and snowman drawing in two successive interviews. In this sense, the goal of this study is to detect the psychological suffering of the abused child sexually, help him to verbalize his pain and finally offers, according to this pathological explanation, a therapeutic scheme.

Key words: Sexual abuse; Psychic trauma; free drawing; Bonhomme drawing; clinical interpretation

Introduction

La problématique de l'abus sexuel des enfants attire de plus en plus l'attention des spécialistes de santé mentale, notamment ceux de la psychologie infantile, étant un phénomène qui leur demande beaucoup de travail pour la prévention et le traitement des cas victimes de ces actes d'abus.

Dans les sociétés arabo-musulmanes, le sujet de l'abus sexuel fait partie de ces tabous qui sont interdits de dévoiler et exclus même de discussion. Par ailleurs, bien souvent, les parents et les enfants sont nombreux à ignorer ce que c'est un abus sexuel, comment il se produit et les maux qu'il peut engendrer. De ce fait, ces parents ne veulent pas croire que leur enfant est victime d'abus sexuel ou peut en être, faisant de cet acte un des traumatismes insurmontés et indicibles qui doit être dissimulé sous la pression sociale de la honte. Dans les coutumes de ces familles, il ne faut pas, voire jamais, aborder le sujet de sexe, surtout aux enfants, ce qui rend facile, devant leur immaturité et leur incompréhension, leur agression sexuelle. Dans des conditions pareilles, les psychologues éprouvent une grande difficulté à travailler avec ces enfants, mais aussi avec leurs familles, surtout avec les moyens

classiques fréquemment servis lors d'un examen psychologique (l'entretien clinique et l'observation).

Devant cette problématique profonde de l'abus sexuel à l'égard des enfants, considérée comme étant une brutale destruction du corps jusque dans ses parties les plus intimes, il nous semble important de tenter de répondre à ces interrogations :

- 1- Qu'est-ce qu'un abus sexuel ?
- 2- Quel rapport peut-il exister entre abus sexuel et trauma ?
- 3- Comment peut-on procéder au diagnostic de l'état

psychique d'un enfant victime d'abus sexuel à travers le dessin ?

Fil conducteur à la recherche, cette série de questionnements nous a amené à décomposer le processus de notre travail en trois axes principaux, se basant sur la littérature psychologique et psychiatrique, notamment la psychologie du traumatisme d'un côté, et, l'étude de cas cliniques par l'intermédiaire de l'épreuve d'expression graphique de l'autre côté.

1. Abus sexuel

Les dictionnaires de la psychiatrie et de la psychologie clinique n'apportent pas une claire définition de l'abus sexuel, mais tentent plutôt celle du phénomène de la pédophilie, défini comme étant un acte sexuel imposé par un adulte à un enfant dont le développement affectif et cognitif est insuffisant pour comprendre la nature de l'acte posé et qui n'est pas en mesure de donner un consentement éclairé aux gestes commis. Cet acte peut être verbal (utilisation des mots

sexuels), visuel (exhibitionnisme, voyeurisme), psychique (intérêt à la vie sexuelle de l'enfant et au développement sexuel de l'adolescent) ou tout contact physique (caresses et attouchements, masturbation, contacts sexuels avec ou sans violence ou pénétration digitale et pénienne du vagin ou de l'anus) pour obtenir une excitation génitale et du plaisir sexuel (Grand Larousse de la Psychologie, 2008 ; Dictionnaire de la Psychiatrie, 1998 ; DSM IV). Les abus sexuels s'exercent souvent en famille où des relations intrafamiliales marquées par l'ancestralité prédominent, car l'enfant est sous la responsabilité de l'adulte pédophile, ce qui facilite l'accès à ce type de maltraitance.

Néanmoins, il semble intéressant de remarquer que dans les classifications internationales des maladies mentales, le terme « perversion » est évité dans la définition de la pédophilie. Ces classifications, basées sur la nomination du comportement, considèrent la pédophilie comme un trouble de la préférence sexuelle ; autrement dit, un pur problème d'orientation de la pulsion sexuelle. Ceci dit, ces classifications semblent négliger – ou même nier – le fait que l'acte pédophilique est avant tout un acte d'agression, sexuelle, corporelle et psychologique qu'un adulte pédophile fait subir à un enfant. Considérée comme un passage du fantasme à la pratique, cette agression blesse l'enfant physiquement, psychologiquement et émotionnellement et engendre chez lui ce qu'on nomme en psychiatrie un psychotrauma.

2. Abus sexuel et traumatisme psychique

Un enfant victime d'abus sexuel est souvent confronté à une expérience traumatique qu'est vécue comme une véritable menace de son unité corporelle et identitaire, ce qui peut aller jusqu'à leur anéantissement total. En effet, l'expérience clinique nous a montré que devant un tel abus, l'enfant victime, ainsi que son histoire individuelle existentielle, est

totallement bouleversé et biaisé par une fracture profonde de son appareil psychique et une désorganisation de ses repères identitaires.

Les études cliniques sur les processus de victimisation montrent que les actes d'agression sexuelle chez les enfants provoquent divers types de réactions émotionnelles pouvant aller de la souffrance et du désordre émotionnel à la pathologie clinique significative (FRIEDRICH et al, 1986 ; ANDERSON et al, 1982). Parmi ces manifestations émotionnelles les plus remarquables, on cite le syndrome de répétition sous la forme de cauchemars répétitifs, des attaques de panique ou d'angoisse, des troubles somato-psychiques, des comportements d'évitement, des problèmes d'ordre social tel que la fugue (HERMAN, 1981), des problèmes de scolarité liés surtout au rendement scolaire, à l'absentéisme, pouvant aller jusqu'au risque d'abandon scolaire (ANDERSON et al, 1982 ; PETERS et al, 1976).

Dans cette perspective, l'expérience clinique qu'on a élaborée nous a permis d'illustrer l'agression sexuelle exercée sur l'enfant et les différentes formes de réactions émotionnelles qu'il a subies par l'étude respective de plusieurs cas. Notons que l'impact de l'évènement traumatisant se révèle très rapidement chez la majorité de ces enfants dès les premières séances, notre travail y était basé sur l'écoute qui mobilise l'activité de la mise en mots (l'expression d'un vécu, d'un ressenti, d'un sentiment) avant, au moment et après l'agression. Ainsi, Il s'agit surtout d'offrir à l'enfant-victime un espace d'accueil, d'expression, de compréhension où il pourra parler, crier et exprimer ses questions, son incompréhension, son handicap, ses douleurs, sa souffrance sans jugement, sans risque d'être abandonné, sans peur de la punition, sans condamnation sociale. Offrir à ces enfants cet espace à la présence d'un adulte-interlocuteur peut réactiver les traces de leurs traumatismes antérieurs ; ce qui nécessite la mise en place d'une relation clinique

particulière. Cette relation se construit dans un espace et dans une temporalité différente de celle de l'agression. Elle permettra à l'enfant de regagner sa confiance, d'élaborer des réponses, de transformer sa douleur et ses craintes en phrases correctes traduisant les représentations et l'affect. La parole permet à l'enfant, de dire, de déplacer et d'avancer dans l'expression et la traduction de la maltraitance qu'il a subie pour se débarrasser peu à peu de la souffrance et des traces mnésiques du trauma.

Le premier cas est un garçon (M) âgé de six ans. Ce dernier n'a commencé à parler de l'acte d'agression sexuelle qu'il a subi que dans la quatrième séance avec des mimiques très tourmentés et un regard perdu qui laissent remarquer un grand désordre. Disant d'emblée «...j'étais seul avec lui dans sa maison, il m'embrassait, me caressait et... », L'enfant se met à pleurer fébrilement « moi j'ai rien fait, j'avais peur de lui, je ne savais pas ce qu'il allait faire de moi...il m'a donné des bonbons ». Il continue à parler, comme pour prouver son innocence face à l'abus qu'il a subi : « il fait la même chose avec tous les enfants des voisins... ». En racontant d'autres détails pas moins embrouillés, on sent que l'enfant vit toujours sous la domination de la peur, l'effroi, la culpabilité et la honte.

Bien qu'il n'ait pas réellement compris la nature de l'acte d'abus commis sur lui, (M) avait peur de raconter cet événement à ses parents qui étaient, la mère en particulier, inexistantes dans ce vécu traumatique. Ainsi, il avait confronté, seul, ses craintes d'être une nouvelle fois victime de ce type d'acte, ses angoisses de rester seul dans la maison et ses souhaits de devenir un jour policier pour se défendre et condamner l'agresseur. Le double traumatisme vécu par l'enfant occupe le devant de la scène psychique : traumatisme d'être faible et incapable de se sauver ou de se défendre contre ce type d'attaque extérieure jusqu'à lors incompréhensible et injustifiable, et traumatisme de l'absence

de ses objets d'amour et de consolidation devant cette énorme destruction de son être.

Notre deuxièmecas, (S), est un garçon âgé de sept ans, il était victime d'une agression physique et sexuelle commis par trois adolescents. Il s'agissait d'une torture et maltraitance exercée sur un enfant par des enfants (des adolescents mineurs) : «Ils m'ont conduit vers un endroit isolé, m'ont frappé et torturé...j'ai tant pleuré et crié mais y avait personne qui pourrait m'aider...ils ont essayé plusieurs fois, pour me menacer, de me jeter dans un puits ...Ils m'ont frappé puis ils m'ont.... ». S'abandonnant à une crise de larmes, (S) n'a pas pu terminer l'histoire. Depuis cet évènement (qui date depuis environ un mois et demi de cela), (S) est de plus en plus anéanti par l'horreur, la colère, l'hostilité, l'agoraphobie et des attaques d'angoisse, au point qu'il ne peut plus supporter rester seul ou sortir sans être accompagné d'un parent ou d'un frère.

Le troisièmecasest un élève des plus brillants de l'école fondamentale. Âgé de dix ans, (A) était victime depuis quatre mois d'une agression sexuelle avec pénétration par un homme adulte. Dès lors, il vit un état d'angoisse avec des symptômes physiques et psychique inquiétants : migraine, douleurs abdominales, vertige et palpitation, des troubles du sommeil, cauchemars répétitifs sur la scène d'agression, des troubles des conduites alimentaires. Bien que son corps, ses gestes et son regard éperdu traduisent suffisamment la souffrance et le trauma, (A), dominé par la croyance à la honte et à l'interdit sexuel, refuse la reconnaissance de l'affect négatif et le sentiment de malaise provoqués par cet évènement. C'est suite à ces contrariétés que les effets du traumatisme, qu'est resté silencieux, s'aggravent chez lui jusqu'à entraîner une phobie sociale et des problèmes relatifs à son rendement scolaire (trouble de concentration, d'attention et de mémoire.)

(N) est notre quatrième cas, consulté deux ans après l'agression sexuelle. C'est une fillette âgée de neuf ans, victime d'un abus sexuel violent avec pénétration pénienne de l'anus par le voisin de la famille trois fois répétitifs. 18 heures après la troisième tentative, cet abus a été découvert par la maman suite à un saignement et une douleur génitale ressentie par la fillette. (N) cherche à se protéger par une tentative d'oubli soutenue par la famille durant deux ans où des troubles psychosomatiques alarmants ont fait leur apparition : douleurs persistantes en bas du ventre, vomissements répétitifs sans aucune cause organique, des problèmes liés à son rendement scolaire (de très faibles résultats, troubles de concentration), puis aussi une remarquable baisse de l'estime de soi. Créant un tableau clinique bien compliqué, le choc de la petite victime l'a conduit à un monde de silence de la mort «cadenasse la bouche, et évide l'être non de tout langage mais de toute parole » (DALIGAND, 2012 :98). C'est le silence qui a suivi l'éclatement du système de défense et des repères identitaire, et c'est à ce stade là que les parents ont décidé de consulter et demander l'avis de plusieurs médecins, pour se diriger finalement vers le traitement psychologique qui leur a été proposé par un médecin gastrologue.

On parle ici d'un vrai traumatisme tel qu'il est défini par LAPLANCHE et PONTALIS (2009 : 499) comme étant « une blessure avec effraction ». L'image traumatique de l'agression sexuelle fait effraction dans le psychisme, vulnérable et insuffisamment structuré de ces enfants. Elle s'impose à la conscience dans les moments d'éveil sous diverses formes de symptômes somato-psychiques et une répétition inadaptée de comportements traumatiques et, plus particulièrement, lors du sommeil sous la forme de cauchemars répétitifs symbolisant l'agression externe et ses effets internes. Dans ce sens, nous n'avons pas touché à de simples problématiques de traumatisme, mais il y avait, d'un côté, une incapacité de s'adapter à la réalité et d'éprouver un plaisir relationnel ou un bien-être dans les tâches quotidiennes de la vie, et, de l'autre

côté, une importante infraction psychique caractérisée par des comportements déconcertés liés à l'angoisse, à la dépression, à l'évitement, et à un retrait des investissements.

Attaquant la couche protectrice du psychisme et faisant effraction de la psyché, du corps et de l'identité, cet état de choc et de stress vécu par ces enfants a fait d'eux des victimes envahies en constance par l'horreur, l'angoisse, ou encore par la culpabilité et la honte.

C'est ainsi que ces enfants éprouvent, dans les entretiens, de la difficulté à verbaliser leurs représentations et leurs émotions par rapport à l'agression, mais aussi de l'incapacité à utiliser un vocabulaire clair et compris par l'adulte. Or, ils font supporter à leurs faibles et vulnérables corps le fardeau de traduire la souffrance sous forme de syndrome de stress post-traumatique masqué par une souffrance psychosomatique, ou par un déni total de l'acte subi : « La difficulté du sujet à finir ses phrases... Le sujet semble se défendre ... en déniaant la peur vécue et en justifiant les comportements abusifs, ce qui lui permet de reprendre le contrôle sur ses émotions et d'arborer un discours plus régulier». (BERTHELOT et al, 2013 :13)

Sous une autre perspective, les dessins de ces enfants abusés mettent en scène le désordre physique et psychique provoqué par l'agression et représentent assez clairement un échec de mentalisation et une faiblesse -ou une atteinte- des capacités d'élaboration mentale. La destruction interne est évoquée par le recours itératif à des éléments symbolisant le trauma (représentation et production de l'agresseur, de l'acte sexuel, de la sanction, de la génitalité) rend le travail de deuil chez ces enfants victimes très difficile et parfois impossible. En outre, ces dessins reproduisent la scène de l'agression et éliminent tous types de censure ou d'intervention psychique, exposant ainsi la fragilité et la faiblesse de leurs psychismes en confrontation à la pénétration des excitations intolérables

qui altèrent le moi. Ce dernier échoue dans son travail de mobilisation des défenses efficaces pour le contre-investissement et ouvre la voie aux défenses dissociatives, c'est la mort qui pénètre, dit LEBIGOT (2006).

L'enfant victime d'un abus sexuel n'est pas préparé psychologiquement à faire face à ses stimulations sexuelles le moment où « son psychisme est débordé par une excitation qu'il ne peut comprendre et gérer. Cela entraîne une perturbation massive du fonctionnement psychique et des défenses établies jusque-là, perturbation qui peut aller, dans les cas extrêmes, jusqu'à l'effondrement» (BOKANOWSKI, 2010 :10). Les investissements pulsionnels et la symbolisation ont été gravement altérés le moment où cette capacité humaine à développer des représentations est touchée : d'un côté, ces enfants sont devenus incapables de représenter mentalement le monde extérieur loin de tout ce qui est maltraitance et agression, ce qui a engendré un échec de la capacité d'associer une perception positive du soi et de l'autre à une idée de protection et d'amour. De l'autre côté, le principe de déplaisir est vivement réactivé, réveillant avec lui toutes les expériences anciennes de l'absence, de la carence et de la perte (une perte narcissique, qui prend d'ailleurs la même valeur de la perte d'objet au sens économique).

Par ailleurs, l'interprétation des matériels cliniques dévoile aussi un danger ressenti au niveau de la problématique relationnelle : l'autre/l'adulte n'est pas un objet de protection, d'étayage et d'identification, mais un destructeur, un monstrueux. Le lien avec l'adulte est bouleversé, troublé par la fragilité fonctionnelle du moi d'un côté et l'acte d'agression de l'autre côté. Autrement dit, ce besoin vital de liaison et de la présence de l'autre-protecteur est absent chez ces enfants. Ils adoptent des stratégies négatives de haine (haine de soi et de l'autre) face à l'horreur interne. L'amour de la vie qui était donné et appris par les objets d'amour primaires est remplacé par la haine et la rage, ces derniers ont contribué à détruire la

confiance que ces victimes avaient en soi et à l'autre. On est devant un danger d'éveiller et d'associer les mauvais objets internes, les pulsions de destruction avec l'acte d'abus, et d'adopter l'identification à l'agresseur où l'enfant victime peut lui-même devenir un pédophile, parce que les «traces (de cette expérience) subsisteront et la contrainte à la répétition conduira à leur réinvestissement et donc à leur réactivation » (BOKANOWSKI, 2011 : 45).

L'impréparation psychique de ces enfants devant une situation impensable leur a imprégné dans un monde de sensations inconcevables d'effroi, d'horreur, de honte et de détresse. Ces sentiments se sont traduits par un débordement émotionnel et un échec langagier qui ont fait que ces enfants se montraient dans les rencontres cliniques impuissants, handicapés, vides, stupides, allant jusqu'au se faire sentir qu'ils ne méritent pas de vivre. Devant ce handicap, la prise en charge initiale prend alors deux directions complémentaires : aider l'enfant à se dégager de l'impact traumatique et faire un travail de modification de position de l'enfant par la création d'un espace de reconnaissance où l'enfant se voit, lui, reconnu dans la parole, le regard, l'attitude du psychologue.

3. L'expression du traumatisme sexuel à travers le dessin

Notre travail est médiatisé par le dessin qui offre un deuxième espace « transitionnel » connu par l'enfant pour se rassurer et lui permet d'effectuer un passage du moi corporel au moi psychique (ROMANO, 2010:79). Ainsi, Ces dessins lui accordent la chance de déplacer ce secret lourd, horrible et effrayant de l'agression subie de l'intérieur vers l'extérieur et l'aident à se débarrasser des sentiments de honte et de culpabilité.

C'est alors à travers le dessin que le psychologue peut assouplir la rigidité dans la relation duelle (psychologue-

patient/ adulte-enfant) en la remplaçant par une relation très dynamique qui permet à l'enfant de jouer, de figurer, de symboliser et de projeter, en présence d'un adulte. Pour l'enfant abusé sexuellement, le dessin, par sa qualité projective et sa production facile et rapide, représente un moyen de décharge émotionnelle, une façon détournée de raconter son histoire qu'il dessine spontanément telle qu'elle est. Devant l'absence de la parole d'adulte, l'enfant victime trouve dans le dessin une autre forme de langage, de dire ce qui est interdit, ce qu'il n'a pas eu l'audace ou les mots pour le dire, d'exprimer sa souffrance, de comprendre ce qui lui est arrivé. Il s'agit essentiellement de pousser le moi vers la projection des angoisses, des craintes, afin de les maîtriser, les contrôler et de favoriser un travail d'élaboration mentale progressive de l'événement traumatique.

De ce fait, , nous avons proposé à l'enfant, dans la démarche pratique de notre travail, un déplacement de la scène de l'acte dont il était victime à la scène projective sur la feuille, lui permettant de la sorte de s'exprimer dans un monde qui est le sien et de se situer dans un espace de liberté, d'imagination et de réalité. Ainsi et à travers la réalisation d'un dessin libre, puis un dessin de Bonhomme, nous n'avons pas, en tant que clinicien, jouer le rôle d'un simple observateur, neutre et distant, mais un adulte qui représente le bon objet dans une relation transférentielle avec cet enfant. Le dessin dans cette situation délicate sert à la figuration de l'angoisse et de l'horreur de l'enfant abusé et devient un support fondamental de restauration psychique. À cet égard, rendant plus facile le travail de restauration des capacités d'élaboration, la réalisation des traits est une activité cognitive et psychique qui demande beaucoup d'énergie, elle permet une possibilité d'échange non verbal et autorise un lien et une confiance entre l'enfant et l'adulte qui a demandé le dessin. C'est pourquoi, l'inscription dans la projection graphique nous a facilité l'accès au trauma et l'évaluation de l'impact traumatique d'une part, et a aidé nos enfants victimes à

surmonter l'échec verbal d'autre part.

Sous ce rapport, le clinicien adopte une attitude empathique participante par rapport à l'enfant et ses productions. Il demande une nomination des objets dessinés, des explications, un récit organisé dans le temps et propose une orientation vers des solutions liées aux dessins réalisés ; cette approche clinique-thérapeutique réintroduit la temporalité, la construction et l'organisation de l'espace et fait redémarrer chez l'enfant ses capacités de représentation, d'élaboration mentale et de fantasmatisation. Reconstruire cette relation avec l'adulte permet de lui montrer que les émotions et la souffrance peuvent être exprimées sans risque d'être puni ou abandonné par l'adulte (les parents) et la société.

Dans les dessins de nos patients, effectués rapidement en une durée de (08 à 13) minutes, nous avons constaté une succession de processus psychiques inadaptés contre l'angoisse liée au traumatisme. Ils (les dessins) dévoilent les traces de l'agression sexuelle et de traumatisme qui, ancrées dans un remarquable échec de mentalisation et de symbolisation, révèlent de négatives représentations de soi et de l'autre/l'adulte. Le système défensif est également troublé par l'agression parce qu'on a décelé l'utilisation de défenses très lourdes et mal adaptées de type clivage du moi et de l'objet (réalisation de personnage tantôt victime, tantôt policier ; illustration graphique de soi tantôt grand tantôt petit, ou encore fort ou faible). Parfois même des défenses névrotiques de type formation réactionnelle (l'autre/l'agresseur sale, pourri, pauvre), ou des défenses de psychopathe (recours à la violence sur l'agresseur, le tuer, le torturer...).

Ces mécanismes défensifs se révèlent insuffisants face au caractère violent du choc vécu et la fragilité constitutionnelle du moi, qui «...devra sans cesse faire face au

retour d'une situation traumatique qui vient de l'intérieur de lui-même sous la forme d'une réactivation des traces traumatiques » (BOKANOWSKI, 2011: 45). Par ailleurs, les dessins sont souvent représentés comme pauvres (peu ou pas de couleurs, la même scène qui se répète, rapidité dans la réalisation, des traces légères), d'une lecture très peu évidente (projection du traumatisme, des parties sexuelles du corps), et portant les mêmes symboles du dessin des enfants traumatisés.

En outre, ces enfants donnent l'impression de vivre, constamment, un sentiment de culpabilité et de honte qui se traduisent sur la feuille par un ensemble de coloriage noir et de remplissage bariolé qui ne se correspondent pas sur la même feuille, mais aussi par le recours à un regroupement répétitif de formes significatives telles que les carrés et les triangles.

Pour la majorité de nos patients, le dessin de l'appareil génital n'était pas absent dans leurs représentations, mais, loin de la problématique identificatoire, sa présence est un indicateur d'un abus sexuel qui reste à confirmer par les entretiens. Ainsi, la génitalité est fortement représentée et l'acte d'abus sexuel est très apparent chez trois de nos patients, ce qui a rendu massive la projection de la thématique sexuelle crue. Un quatrième cas se dessine tantôt très grand dans une tenue d'un soldat, tantôt très petit derrière des barreaux, laissant discerner un sentiment de délaissement ou d'impuissance et une faible estime de soi liée à une médiocre image du corps, mais aussi une forte envie de vengeance. Cependant, le troisième cas a une identité sexuelle peu déterminée avec un sentiment de toute-puissance phallique qu'il a traduit par l'identification à l'agresseur (Personnage avec un grand pénis).

Les personnages sont réalisés sans soin, semblent très primaires et schématiques pour l'âge (6, 7, 9, 10 ans), sans

aucune évolution apparente, avec, quelquefois, une transparence, des points, des traces, des symboles ou des couleurs sur les zones intimes. Le corps est dessiné en premier, les traits du visage transparents ou absents, les pieds ont été figurés rapidement sous forme de traits, de points ou de petits cercles, la taille, quant à elle est dans la plupart des cas, assez petite. Par ailleurs, l'agressivité à l'égard de l'adulte est présente, ce qui explique manifestement une intensité émotionnelle dans l'expression de l'atteinte sexuelle qu'ils ont subie avec une évocation très précise de la réalité de l'agression.

Quant à l'agresseur, il est assimilé à quelqu'un de neutre, de très grand, de monstrueux ou encore à quelqu'un qu'on a mis dans un cadre, dans un cercle ou dans une prison, symbolisant le désir de vengeance et de punition de l'abuseur mais aussi son isolement de crainte que l'abus ne se refasse.

Notons que ces enfants n'ont pas commenté leurs dessins, ou parlent peu pour ne pas dire grande chose, comme s'ils ont la conviction que « parler et dévoiler des choses n'est pas bien pour eux et pour leurs familles ». La lourdeur de ce secret « prend l'enfant dans le piège de la confusion avec son agresseur » (DALIGNAD, 2012 : 97), ainsi, se sentant constamment menacés par l'extérieur, le sentiment de culpabilité et de honte ne quitte pas ces enfants, paralysant, chez eux, toute possibilité de faire un pas en avant. Dans la thérapie, ils ne demandent pas d'aide directement ou formellement et refusent même d'assister aux séances, prétendant qu'ils ne souffrent de rien. Ce déni de réalité de la souffrance résulte du fait que la famille s'est montrée irresponsable, impuissante de protéger ces enfants au point de ne pouvoir penser à déposer plainte (excepté le dernier cas) par crainte de la honte et du scandale.

Ces dessins, peu élaborés, représentent la complexité du fonctionnement affectif et la gravité de l'effraction.

L'événement de l'abus sexuel, qui se définit par son intensité et par l'impuissance de l'enfant à y répondre, devient un événement très actif de la vie psychique et son impact dévaste les logiques psychiques, cognitives et culturelles qui organisent la vie de ces enfants, « entraînant une paralysie cognitive et affective, et créant comme un surplomb » (DORI LAUB, et AUERHAHN, 2015 :49). L'enfant, avec son immaturité fonctionnelle, n'a pas la force libidinale d'activer son système défensif pour s'adapter par rapport à l'effraction de son psychisme qui déborde complètement le moi et produit un syndrome riche au niveau des symptômes qui attaquent le psychisme et altère la personnalité toute entière.

Conclusion

Devant l'abus sexuel, il ne faut pas faire comme si la souffrance n'existait (et n'existe) pas et reproduire la même attitude de la famille et de la société, il ne faut pas se cacher derrière les tabous et dénier ce traumatisme souvent destructeur pour laisser se propager un phénomène inavouable. Cette agression a un impact négatif sur le développement de la mentalisation, de la représentation, de l'affect et de la personnalité toute entière. Il faut par contre armer l'enfant victime -dans un cadre thérapeutique- pour qu'il puisse affronter sa douleur et extérioriser la blessure. Face à ce que l'enfant peut déclarer, formellement ou par des dessins, le clinicien doit réussir à lui proposer un accompagnement empathique vers la mise en sens progressive de ce qu'il a subi à travers les mots contenues et soutenues, la reformulation de ces mots, l'expression de la douleur, la honte, la culpabilité et la vengeance. Dans ce sens, le dessin avec ces qualités symboliques de temporalité, d'organisation de l'espace devient un outil thérapeutique susceptible de faciliter la restauration d'un lien précieux entre l'enfant envahi par l'horreur et son thérapeute. Une fois cette relation est installée, on pousse l'enfant dans un travail renversé à

utiliser les traits puis les mots pour exprimer l'ambivalence de ses sentiments, retrouver une continuité temporelle, et par conséquent, élaborer ses représentations identitaires et ses investissements narcissiques et objectaux.

Découvrir à travers la rencontre clinique la souffrance de l'enfant, c'est aussi l'aider à redécouvrir les qualités positives et la jouissance de la relation à l'autre-protecteur (qui n'est pas agresseur) et lui proposer une écoute, une compréhension et un soutien afin de restituer l'évènement traumatique dans une économie psychique. Le projet thérapeutique commence dès la première rencontre, il s'inscrit au début dans une intervention focalisée et structurée, pour ne pas laisser s'installer l'évènement traumatisant et apporter un support psychologique, travaillant ensuite le fonctionnement psychique et l'identité pour réparer ce qui est cassé. Sous ce rapport, la reconnaissance par l'enfant de la réalité de la souffrance traumatique après la destruction physique et psychologique qu'il a subie permet la transformation d'émotions contrastantes en éléments de vérité pensable et élaborable,

Aider ces enfants abusés sexuellement pour colmater leurs blessures, c'est les aider à découvrir la nécessité d'aimer et d'être aimé pour surmonter la maltraitance et le traumatisme, c'est également leur apprendre que l'autre n'est pas uniquement ce modèle pervers de l'agresseur ; l'autre est le modèle du père protecteur et de la mère qui nourrit. Notre objectif est donc de restaurer cette confiance et aider ces enfants à comprendre ce que c'est, ou ce que signifie, le corps, la sexualité et l'agression sexuelle qui passe souvent sous silence dans un contexte social et familial réservé et rigoriste où le fait d'évoquer la sexualité reste tabou et interdit. Ainsi, apprendre à identifier ses sentiments, à retrouver des adultes en confiance et verbaliser toute souffrance subie permet à ces enfants de retrouver leurs places









dans un milieu sein et aimable pour qu'ils puissent finalement trouver leur équilibre émotif.

Bibliographie

- ANDERSON. C; CAROLYN; MAYES; PEGGY (1982), Treating Family sexual abuse: The humanistic approach, In Journal of Child Care, Vol 1(2), Sep 1982, 31-46.,
- BERTHELOT. N et al, (2013), Échecs de mentalisation du trauma, In Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, Office de la naissance et de l'enfance (O.N.E.), 2013/1 (N° 2), p. 9-15.
- BOKANOWSKI. TH (2010), Du traumatisme au trauma : les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse, In Psychologie clinique et Projective, 2010, Vol 16, édition Société du Rorschach et des méthodes projectives de langue française, Paris, pp. 9-26.
- BOKANOWSKI. TH (2011), Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse : traumatisme, traumatique, trauma, In Le Carnet PSY, 2011/6 (n° 155), Editions Cazaubon, Paris, p. 41-46.
- DALIGAND. L (2012), L'enfant abusé et sa parole annulée, In Champ psy 2012/1 (N° 61), Paris, L'Esprit du temps, p. 93-107.
- Dictionnaire de la psychiatrie, (1998), SD Jaques POSTEL, Paris, Larousse.
- DORI LAUB et AUERHAHN. N. C, (2015), Savoir et non-savoir dans le trauma psychique massif, In Le Coq-héron,

édition ERES, 2015/1 (N° 220), p. 48-66.

- FRIEDRICH. W et al (1986). Behavior problems in sexually abused young Children, In Journal of pediatric psychology, Volume 11.
- Grand Larousse de la psychologie, (2008), SD BLOCH. H, CHEMAMA. R, DEPRET. E et al, Paris, Larousse.
- HERMAN. J (1981), Father-daughter incest, Harford University Press, Cambridge, MA.
- LAPLANCHE ET PONTALIS (2009), Vocabulaires de la psychanalyse, Paris, PUF.
- LEBIGOT (2006), Comment traiter les traumatismes psychiques ? In Psycho-média, N° 9, pp.13-17.
- ROMANO. H (2010), Le « dessin-leurre ». Traces traumatiques invisibles dans les dessins d'enfants, La psychiatrie de l'enfant, Vol 53, N° 1, Paris, PUF, pp. 71-89.
- PETERS. S.D (1976), Children who are victims of sexual assault and the psychology of offenders, In American journal of psychotherapy, Volume 30, N° 03.

Annexe :Dessins libre	Dessins de Bonhomme
	
Dessin N° 01	Dessin N° 02
	
Dessin N° 03	Dessin N° 04
	
Dessin N° 05	Dessin N° 06
	
Dessin N° 07	Dessin N° 08