

Sommaire

Introduction.....	9
I – Plantons le décor	13
1- Cheminement.....	13
1.1 Point de départ.....	13
1.2 En pleine (dé)construction : une rencontre.....	14
1.3 Et finalement	15
2- Terrain clinique du mémoire.....	16
2.1 PMIa, visite guidée.....	17
2.2 PMIb, ou l'adaptation du psychomotricien à l'œuvre.....	18
2.3 L'organigramme des PMI du secteur.....	19
2.4 Positionnement de la psychomotricienne, Isis.....	20
3 – Observatoire des violences envers les femmes.....	22
4 – Notions autour du développement psychomoteur ordinaire.....	23
4.1 Fusion initiale et préoccupation maternelle primaire.....	23
4.2 Délimitation des contours, apparition du contenant.....	25

4.3 Le corps lieu d'échanges, d'(inter)actions.....	26
4.4 Tonus, postures, axialité : ouverture sur le monde.....	27
II – Quelles violences ? Quelles victimes ?.....	30
1 - Différents types de violences.....	30
2 - En quelques chiffres.....	31
3 - La stratégie de l'agresseur.....	33
III – Conséquences des violences.....	35
1 - Dans les classifications.....	35
1.1 Le sommaire à la loupe.....	36
1.2 « Enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents ».....	36
1.3 « Négligence envers un enfant ».....	37
1.4 « Sévices psychologiques sur un enfant ».....	38
2 - Conséquences sur l'enfant dès la vie intra-utérine.....	38
2.1 Complications pendant la grossesse.....	38
2.2 Prématurité : facteur de risque bien connu.....	39

3- Psycho-traumatisme.....	41
3.1 Psycho-traumatisme, késako ?.....	41
3.1.1 <i>Approche neurologique : Suzanne Robert Ouvray.....</i>	42
3.1.2 <i>Approche psychanalytique :</i>	43
3.2 Mécanismes de défense observés.....	44
3.2.1 <i>Mémoire traumatique.....</i>	44
3.2.2 <i>Dissociation.....</i>	46
3.2.3 <i>Stress.....</i>	50
4 - Effets ricochet sur le développement psychomoteur.....	51
4.1 Rudy, ou le tourbillon autonome.....	52
4.2 Reprenons du début.....	56
4.2.1 <i>Portage et premiers liens mis à mal.....</i>	56
4.2.2 <i>Des tensions à la rigidité.....</i>	57
4.3 Comportements réactionnels observés chez l'enfant.....	59
4.4 Phénomène de répétition de la violence.....	61
IV – Au feu les pompiers : psychomotricité ?.....	62
1 - Repérage : un facteur à avoir en tête.....	62
1.1 Question systématique aux parents.....	62
1.2 Réaction en cas de découverte de violences.....	65
1.3 Le Violentomètre.....	67

2 - Accompagnement vers la protection.....	68
2.1 « Protéger la mère, c'est protéger l'enfant ».....	68
2.2 Travail en réseau.....	70
2.3 Guider vers les structures et démarches adaptées.....	71
3 - Accompagnement de l'enfant.....	72
3.1 Mise en sens, mise en mots.....	72
3.2 Par le dessin ou le jeu, soutenir la symbolisation	75
3.3 Puis aborder les symptômes résiduels	79
3.3.1 <i>Le cheval : immersion dans un monde sensible et sensoriel.....</i>	79
3.3.2 <i>Par l'animal, (re)découverte de la relation structurante.....</i>	81
Conclusion.....	83
Bibliographie.....	86
Annexe.....	I

Introduction

Au cours de la formation en psychomotricité, une question est posée régulièrement aux étudiants, qu'ils entendront également au cours de leur vie professionnelle. Qu'est-ce que la psychomotricité ? Vaste question, contre laquelle je suis venue buter de nombreuses fois. Je me suis surprise par moments à y répondre de manière claire, récompensée par le regard éclairé de mon interlocuteur. Et la fois suivante, m'enfonçant dans des explications floues et vaseuses, je fais face au regard perdu d'un pauvre hère qui regrette sa question ... Quelle triste façon d'honorer un métier plein de promesses !

En cette dernière année de formation, ma maître de stage m'a offert un schéma de ce qui pour elle constitue l'abord psychomoteur du sujet. Figurez-vous un triangle. À chacun de ses angles, un mot, une sphère différente de l'individu. L'aspect physique correspond au corps de l'individu dans le sens de son intégrité, son fonctionnement physiologique, mécanique. L'aspect psychologique englobe la sphère émotionnelle de l'individu, sa personnalité, son histoire. La troisième pointe est intitulée contexte ou situations. Elle représente l'environnement de l'individu, son contexte d'évolution, actuel et passé. Au centre du triangle, la psychomotricienne avait inscrit « psychomotricité ». Notre métier est un métier du lien, lien entre ces différentes sphères qui, de façon très schématique, correspondent à l'être au monde de l'individu. Notre tâche, face à chaque nouveau patient, chaque nouvelle rencontre, est de questionner chacun de ces trois aspects, et d'établir la source du déséquilibre qui amène notre patient jusqu'à nous.

Cette schématisation ne constitue probablement pas une définition satisfaisante de ce qu'est la psychomotricité, je vous l'accorde. Elle a cependant l'avantage d'être suffisamment

illustrative, et d'éclairer tant l'étudiante de début de troisième année que j'étais, que les familles que nous avons reçues en consultation. J'ai ensuite retrouvé cette pyramide dans mes cours de première année. Le développement psychomoteur de l'enfant nous avait été expliqué comme la somme des interactions entre ces trois pôles, le corps physique, l'environnement de l'enfant et son environnement relationnel.

C'est ce dessin que j'ai eu en tête en rédigeant mon mémoire de fin d'études.

Dans un cadre de violences conjugales, la victime visée est un membre du couple. L'auteur des violences est l'autre membre du couple. Ce postulat est simple et semble logique. Qu'en est-il des enfants présents au domicile, quand il y en a ? Ils ne sont pas nécessairement victimes visées par l'agresseur. Sont-ils pour autant à l'abri de ces violences ? N'en souffrent-ils pas ? Si nous reprenons notre pyramide simplifiant la psychomotricité, l'environnement a une grande place dans la construction de l'individu. Or, ici, l'environnement est chargé de violences, d'attaques. Le terme d'enfants co-victimes de violences est utilisé dans le monde de la protection de l'enfance. Ils sont donc bien en souffrance également. Maintenant, en quoi ce phénomène nous intéresse-t-il ici ? Quelle est la place de la psychomotricité, ou plutôt du soignant psychomotricien, dans une telle situation ? Cette question semble relever de l'ordre de l'éthique. Nous allons ici partir du principe que le soignant œuvre dans le sens du bien-être de son patient, dès lors de sa sécurité. Il est donc tenu d'être acteur de la protection de son patient si besoin il y a.

Partant de ce postulat, la question que je me suis posée est celle de la spécificité du psychomotricien et de son rapport au patient, dans un tel contexte. Comment la prise en charge psychomotrice peut repérer et comprendre le traumatisme d'un vécu de violences chez les enfants ? Quelle est la place du psychomotricien dans le repérage et l'accompagnement d'enfants co-victimes de violences conjugales ? Cette question et le contexte de protection de

l'enfance qu'elle sous-entend demande que le psychomotricien en question travaille dans le milieu de la petite enfance.

Mon hypothèse est la suivante : notre place de soignant en psychomotricité nous offre une lecture fine des signaux d'alarme de l'enfant en détresse, dont les difficultés liées aux violences dans lesquelles il grandit correspondent aux difficultés face auxquelles nous intervenons. Travaillant auprès d'enfants, nous faisons face, ou du moins sommes susceptibles de rencontrer ce genre de situations. Les troubles et difficultés entraînés par un environnement violent sont parties de la clinique psychomotrice.

Pour confronter mon hypothèse à la réalité clinique, je pose le cadre de mes réflexions, tant au niveau des bases théoriques utilisées qu'au niveau institutionnel de mes observations cliniques. Mon expérience auprès d'enfants co-victimes de violences conjugales est **une** expérience, dans un cadre précis. Je vais explorer également la notion de violences conjugales et ce qu'elle regroupe, afin de préciser le sujet. Il s'agit ensuite d'explorer les conséquences de la violence et du traumatisme qu'elle constitue pour un jeune enfant, avant d'établir la façon dont le psychomotricien peut, ou non, repérer les violences et accompagner l'enfant co-victime.

Mon statut d'étudiante en dernière année d'études, à quelques semaines de mes épreuves finales, implique que je n'ai jamais été aussi proche d'être une psychomotricienne diplômée. Et pourtant, je ne suis qu'au tout début de mon cheminement professionnel. C'est avec cette humilité et cette naïveté, mêlées d'expériences cliniques bien réelles et formatrices, que je vais naviguer entre théorie(s) et clinique, pour ébaucher une réponse à mon questionnement.

Je tiens à préciser ici un parti pris de ce mémoire. J'ai décidé de retranscrire les insultes telles qu'elles m'ont été restituées en consultation. Ne pas les censurer me semble nécessaire, sinon indispensable, pour montrer la réalité de la violence des mots et ne pas édulcorer. D'autant plus qu'en clinique, il est extrêmement délétère de refuser d'entendre la violence.

I – Plantons le décor ...

1- Cheminement

1.1 Point de départ

Ma porte d'entrée vers la psychomotricité a été la médiation équine. J'ai su très tôt que je voulais pouvoir allier ma vie professionnelle à l'intérêt profond que je porte aux chevaux. Lors de séjours en Normandie, j'ai souvent assisté mon moniteur d'équitation dans l'accueil de groupes en situation de handicap et de personnes âgées. Ces groupes venaient pour monter à cheval, ou se promener en calèche. Ces expériences m'ont sensibilisée à l'apport thérapeutique du contact avec les chevaux, et rapidement j'ai relié médiation équine et psychomotricité.

En arrivant dans la formation, mon projet professionnel était donc centré autour de cet intérêt. Puis au fur et à mesure de nos cours, de mes expériences corporelles et cliniques, de ma re-découverte aussi de moi-même à travers tous nos enseignements, la psychiatrie adulte et la clinique du traumatisme me sont apparues comme particulièrement passionnantes. Le traumatisme en particulier m'a interpellée, peut-être parce que nous n'avions pas de cours spécifiques à ce sujet. De cette façon, le lien avec la psychomotricité, la place du corps dans le traumatisme et toutes les questions que je me posais restaient à creuser de mon côté ! J'ai ainsi commencé à me renseigner.

Assez rapidement je me rends à l'évidence : le traumatisme, vaste sujet ! Alors qu'est-ce qui m'intéresse spécifiquement ? Le traumatisme militaire revient régulièrement dans mes recherches, dans mes lectures. Il m'intrigue et me questionne plus que les autres. Je me mets

alors à la recherche d'un stage en milieu militaire, il me faut confronter mes lectures et mes idées à la réalité clinique. C'est finalement la réalité de la vie de stagiaire qui me rattrape, et je n'obtiens pas le stage désiré.

1.2 En pleine (dé)construction : une rencontre

En parallèle de tout cela, en tout début de formation, une amie psychomotricienne et monitrice d'équitation adaptée au handicap m'évoque une de ses collègues, qu'elle connaît très bien et dont elle me transmet le contact. Après quelques échanges, il est convenu que j'attende ma troisième année de formation pour organiser un stage avec elle. Je continue à approfondir ma formation, à (dé)construire ce que je sais, ce que je vis. Au cours de ma deuxième année, je rencontre la professionnelle en question : elle vient à la fac pour une intervention autour des enfants co-victimes de violences conjugales, accompagnée d'une médecin spécialisée. Ce dont elles témoignent me passionne, m'interroge, me dérange, m'effraie même sur certains points. J'ai envie de découvrir cette clinique de manière plus approfondie.

L'année se poursuit. Je fais des rencontres, tant sur le plan humain que professionnel, que je n'oublierai pas de si tôt. Durant mon stage long notamment, je découvre la réalité clinique, l'adaptation aux patients, et l'humanité derrière les vignettes cliniques. Les réunions de synthèse me permettent de comprendre la complexité du travail en équipe et son importance tant pour soi que pour les patients.

Puis confinement. Arrêt de mon stage.

Je reste en contact avec ma maître de stage, qui me tient au courant de la vie de l'hôpital de jour. Je reviens durant le mois de juin pour clôturer mon stage long, et démarre début juillet

un stage court, dans la même structure. Même lieu, différentes modalités. Je suis sur place quatre jours par semaine pendant un mois. Je découvre le fonctionnement d'été de l'hôpital de jour, je prends une place plus active ; il est plus facile de s'impliquer de manière quotidienne qu'en ne venant qu'un jour par semaine en parallèle des cours et pratiques de la formation. Ma perception de mon futur métier s'épaissit grâce cette nouvelle expérience quotidienne de la clinique. À la fin du mois, il m'est difficile de dire au revoir aux patients et à l'équipe soignante. Je me surprends à penser déjà à la prochaine occasion que j'aurai de passer dire bonjour, et pourquoi pas à postuler sur le secteur ...

La troisième année se profile, j'ai signé les conventions pour un stage auprès de la psychomotricienne conseillée par mon amie, et d'autres pour un stage en équithérapie. J'ai hâte !

1.3 Et finalement ...

Mon amie a vu juste : l'entente est immédiate avec ma première maître de stage, Isis¹. Comme convenu par avance, ma place est celle d'observatrice. Malgré tout, notre fonctionnement évolue rapidement et selon les consultations et les situations je commence à intervenir, le plus souvent auprès de l'enfant quand Isis s'adresse au(x) parent(s). En fin d'année, nous travaillons de plus en plus en binôme, et s'il arrive qu'Isis doive s'absenter je mène la séance. Une journée par semaine, je découvre donc à la fois la prise en soin en petite enfance, le soutien à la parentalité, et la clinique des victimes de violences intrafamiliales. Je confronte enfin directement mes intérêts et connaissances théoriques du traumatisme à la réalité clinique. Et mes interrogations demeurent, s'épaissent et évoluent au fur et à mesure que je

¹ Dans un souci d'anonymat pour les lieux d'observation clinique, les patients et familles cités, tous les noms apparaissant dans ce mémoire ont été changés. Dans la mythologie égyptienne, Isis est la déesse de la protection des femmes, enfants, de la famille et de la maison contre les ennemis.

trouve des ébauches de réponses, tant dans mes expériences au cours des consultations que dans mes échanges, avec ma maître de stage et les équipes soignantes.

Quelle est la place de la psychomotricité dans le repérage, et la prise en soin des enfants co-victimes de violences conjugales ? De quels outils disposons-nous, professionnels en psychomotricité ? Quels sont les signes cliniques de ces traumatismes ? Comment étayer ces enfants et les soutenir dans leurs difficultés ?

Un sujet se dessine pour mon mémoire de fin de troisième année. Je voulais initialement relier l'équithérapie, qui m'a emmenée jusqu'à la psychomotricité, et le traumatisme, dont l'intérêt s'est construit au fil de la formation. Finalement, mon intérêt clinique pour les violences intrafamiliales l'emporte, principalement parce que mon terrain de stage me permet de confronter directement mes hypothèses et questionnements sur le sujet. Pour le(s) lien(s) avec la médiation équine, si je peux déjà en esquisser certains moi-même, je devrai attendre d'être professionnelle diplômée pour l'expérimenter concrètement.

2- Terrain clinique du mémoire

Mon projet de mémoire ébauché, je m'intéresse à mon terrain d'observation.

Le stage sur lequel je m'appuierai se déroule au sein de centres de protection maternelle et infantile (PMI). Ces centres, gérés par le département, ont pour vocation d'accueillir l'enfant et ses parents, des premiers jours de vie jusqu'à, en théorie, l'âge de six ans². Les missions des PMI sont les suivantes : « *planification et l'éducation familiale* » via des consultations gratuites, « *suivi médical préventif des femmes enceintes et des enfants* », ainsi que « *L'agrément et le suivi*

² Il arrive cependant que le suivi de certains enfants se poursuive plus longtemps, comme le montreront certaines vignettes cliniques.

des modes d'accueil du jeune enfant». (Colombo, 2013) Pour les psychomotriciens spécifiquement, il s'agit de suivre le jeune enfant dans son développement, et le soutenir pour que celui-ci soit le plus fluide possible. Ce suivi précoce permet un repérage précoce d'éventuelles difficultés, et l'orientation vers les structures de soin et les éventuels bilans nécessaires.

2.1 PMIa, visite guidée

Isis, ma maître de stage, travaille dans deux structures différentes sur ma journée de stage. Au sein de la PMI dans laquelle nous travaillons le matin, que j'évoquerai comme la PMIa, l'équipe est bien huilée et fournit un vrai travail commun. Je découvre le travail au sein d'une structure fonctionnelle à tous niveaux : travail pluri-professionnel, liens entre les différents acteurs de soin, espaces adaptés.

Seul fonctionnement altéré : dans le contexte de crise sanitaire, l'accès à la salle de psychomotricité, avec tout son matériel, est limité aux professionnels. Nous accueillons donc les familles dans une salle plus étroite, avec plusieurs fauteuils pour les adultes ainsi qu'une table et des chaises à hauteur d'enfant. La configuration de la pièce permet d'avoir un espace malgré tout pour des activités de motricité globale (nous utilisons régulièrement des ballons, cerceaux, rouleaux ...). En fonction de l'âge de l'enfant et de ses difficultés, si elles sont connues avant le rendez-vous, nous avons une idée de ce que nous voulons observer et choisissons en fonction le matériel que nous apporterons dans cette salle. Habituellement, Isis préférait laisser l'enfant explorer sa salle et son matériel, ce qui lui permettait d'observer ce vers quoi l'enfant se tournait en premier lieu. Cela lui donnait d'emblée des indications pour la suite de la séance.

Autre ajustement sanitaire : les consultations ont été réduites de moitié, nous avons donc au maximum trois consultations par matinée. Nous sommes également tenues d'aérer la salle et désinfecter le matériel entre deux rendez-vous.

La salle d'attente est grande, y sont disposés différents jeux, certains mobilisant la motricité fine, d'autres la motricité globale. Les fauteuils et chaises sont répartis, selon les normes de distanciation en vigueur, contre les murs. L'espace d'accueil est représenté par un comptoir, devant les bureaux administratifs, à côté du sas d'entrée. La salle de psychomotricité est à gauche de l'espace d'accueil et d'attente, tandis que la salle utilisée cette année pour les consultations est du côté droit. Nous traversons donc régulièrement la salle d'attente.

2.2 PMIb, ou l'adaptation du psychomotricien à l'œuvre

Le bâtiment au sein duquel se déroulent les consultations de l'après-midi est partagé entre les locaux d'une autre PMI, et les locaux du CMS (centre médico-social). J'évoquerai cette structure comme la PMIb. Isis dépend de la PMI, mais du fait d'un manque d'espace, la salle qui nous est allouée est la salle du kinésithérapeute du CMS. La séparation entre les deux structures est matérialisée par une porte au milieu d'un couloir. Cette communication permet de conserver une continuité entre l'espace d'accueil qui est celui de la PMI et la salle de consultation prêtée par le CMS.

Si la salle utilisée temporairement dans la PMI du matin est petite et relativement sobre, la salle de kiné est carrelée et comporte une grande structure grillagée destinée à accrocher des poids et autres outils de kinésithérapie. Ces éléments, la première fois que je suis entrée dans la salle, ont contribué à l'impression de grande froideur que j'ai ressentie. En entrant, nous trouvons sur la droite un espalier, contre lequel sont disposées deux chaises côté à côté. Le

mur en face de la porte est parcouru de fenêtres dont les vitres sont floutées, ce qui permet à la salle d'être lumineuse tout en respectant l'intimité des prises en soin. Devant ces fenêtres, un bureau est installé, derrière lequel nous sommes rarement durant une consultation. Le long de ce même mur, du côté gauche, nous trouvons un point d'eau dans l'angle, à hauteur d'adulte. Contre le troisième mur, la haute structure grillagée sous laquelle nous poussons et bloquons la table d'auscultation. Une balle physiologique que nous utilisons est rangée au-dessus. Entre ce grillage et le point d'eau, une porte que nous maintenons fermée, menant à une petite pièce attenante. De hauts placards complètent cette salle, le long du mur de la porte.

Isis y range un peu de matériel, correspondant aux jeux et objets dont elle se sert le plus en séances ; le strict minimum. Dans cet espace minimaliste, nous installons selon l'âge du patient reçu une petite table et des chaises à hauteur d'enfant ou un tapis. Au fil des semaines, nous nous sommes accommodées de cette salle. Notre présence, notre investissement de l'espace et notre manière de nous l'approprier, avec les quelques modifications temporaires que nous y apportons, en a fait selon moi un espace malgré tout accueillant et contenant pour les familles.

Les mêmes règles d'espacement des consultations, d'aération et de désinfection des lieux et du matériel sont appliquées ici.

2.3 L'organigramme des PMI du secteur

Sur le secteur, les centres de PMI sont organisés sur le même modèle, en ce qui concerne les équipes présentes. Je vais donc en présenter ici le modèle de base, qui correspond aux équipes des deux centres au sein desquels j'ai travaillé.

Chaque équipe est composée d'une partie de personnels fixes. La directrice est une puéricultrice, elle exerce dans le centre ses deux fonctions. Une puéricultrice de secteur est également présente, ainsi que trois auxiliaires de puériculture. Les auxiliaires se chargent des rendez-vous de pesée, de l'accueil gynécologique, des dossiers, des prises de rendez-vous, de la supervision de la salle d'attente.

Le reste du personnel est non permanent, c'est-à-dire présent certains jours dans la semaine. Cela leur permet de couvrir plusieurs centres du secteur chaque semaine. Parmi eux, des médecins dont certains sont spécialisés auprès des enfants et de la protection de l'enfance, tandis que les autres s'occupent de la protection maternelle, et assurent la consultation gynécologique. Une éducatrice de jeunes enfants, une psychologue et une conseillère conjugale complètent l'équipe, sans oublier bien sûr la psychomotricienne ! Le secteur sur lequel j'ai effectué mon stage compte 14 psychomotriciennes pour 117 centres de PMI. J'ai ici féminisé tous les postes, afin de rester au plus près de la réalité du terrain. Je n'ai rencontré au sein des centres de PMI que des femmes parmi les équipes soignantes, à l'exception d'un psychologue dans la PMIb.

2.4 Positionnement de la psychomotricienne, Isis

Les consultations de psychomotricité proposés par la PMI ont la particularité d'être gratuites, lorsque les tarifs de consultations en libéral peuvent être très élevés. La demande en est d'autant plus importante, et les places manquent. Pour cette raison, Isis a dû choisir entre maintenir des suivis réguliers, et donc recevoir moins de patients, ou au contraire recevoir le plus d'enfants possibles sans pouvoir offrir de suivi régulier à tous. Elle a retenu la deuxième solution. Afin d'ouvrir sa consultation au maximum de familles possible, elle ne peut proposer

des suivis hebdomadaires. Pour les situations les plus urgentes ou délicates, l'enfant peut être reçu une fois par mois. Pour pallier au suivi rapproché, les parents sont directement impliqués dans l'accompagnement de leur enfant. Ils sont présents dans la salle, pendant la séance, et sont mis à contribution entre deux rendez-vous. Isis part du principe que la personne la plus à même de soutenir l'enfant et de l'aider est le parent, puisque présent quotidiennement. Ainsi, chaque séance est à la fois une évaluation de la situation de l'enfant et de ses capacités et un accompagnement des parents. Ceux-ci sont soutenus dans la compréhension des troubles de leur enfant, et reçoivent des conseils à mettre en pratique au quotidien pour aider l'enfant.

Ce choix peut surprendre, cependant j'ai pu en observer l'efficacité. Lorsque les difficultés de leur enfant leur sont expliquées, je vois le visage des parents s'éclairer, ils comprennent et gagnent en patience et en confiance. Les conseils donnés sont saisis et mis en place, et dès la séance suivante nous notons des améliorations conséquentes. J'ai en tête l'histoire de ce petit garçon de deux ans, reçu dans le cadre de son suivi de prématurité. Son comportement agité et rejetant la relation laissait sa famille démunie, à tel point que des violences ont été fortement suspectées, dans les punitions notamment. Dès le début du suivi, les mots posés sur les difficultés de l'enfant et les liens tissés avec sa prématurité ont apaisé la famille. Les conseils donnés et leur application vue en séance ont relancé la dynamique de soin autour de l'enfant, et de séance en séance, en l'espace de quelques mois, nous avons vu des progrès incroyables. Aujourd'hui, quelques mois après la première rencontre, l'enfant a intégré les codes de la relation et une appétence pour l'Autre. Son agitation a disparu en séances, et si un retard est toujours perceptible, au niveau du langage notamment, notre inquiétude a disparu.

3 – Observatoire des violences envers les femmes

Si ma maître de stage et les structures et équipes que j'ai découvertes cette année sont aussi sensibilisées et mobilisées contre les violences conjugales, c'est aussi du fait de leur localisation sur un secteur particulièrement actif vis à vis de cette problématique. Dans cette mesure, il me semble indispensable de présenter l'Observatoire des violences envers les femmes. Créé en 2002, l'Observatoire est pensé comme un laboratoire pour toutes sortes d'innovations autour des violences. Il est unique en France, et les dispositifs testés sur son secteur sont régulièrement mis en place par la suite dans d'autres départements. Les chiffres témoignent d'une efficacité incomparable au reste du pays, en termes de repérage et mesures prises contre les violences faites aux femmes.

Les missions de l'Observatoire peuvent être décrites en quatre catégories : observer les violences et les étudier pour rendre compte de leur ampleur ; innover et créer de nouveaux outils efficaces contre ces violences ; récolter des idées dans les législations de pays du monde entier afin de partager les bonnes pratiques et les appliquer ensuite en France (participation à des projets de loi par exemple) ; diffuser, travailler en partenariat avec de nombreux acteurs et institutions (juridiques, sociales, médicales, municipales, associatives ...) pour un changement en profondeur des mentalités, et une lutte à la fois plus efficace et à plus grande échelle.

Au cours de la rédaction de mon mémoire et de mon apprentissage, j'ai donc pu consulter le site internet de l'Observatoire à de nombreuses reprises. J'y ai trouvé à la fois des études chiffrées, des outils de formation, d'information, d'action.

(<https://seinesaintdenis.fr/solidarite/observatoire-des-violences-envers-les-femmes/>)

4 – Notions autour du développement psychomoteur ordinaire

Pour aller jusqu'au bout de ce tour du décor, il me semble nécessaire de poser ici quelques notions sur le développement psychomoteur ordinaire. Il s'agit bien de notions, d'un point de vue théorique non exhaustif, afin de pouvoir ensuite développer mon sujet de manière plus fluide. J'évoquerai ici le développement ordinaire de l'enfant sous l'angle surtout de sa relation à l'Autre, à son parent, et de son lien à son environnement. Je fais ce choix en ayant en tête que dans le cas d'un enfant co-victime de violences, et des conséquences rencontrées, ce sont ces aspects en particulier qui nous intéresseront.

4.1 Fusion initiale et préoccupation maternelle primaire

Le nouveau-né humain vient au monde dans un corps encore bien immature. Il est loin du nouveau-né équin, qui en quelques heures est debout, prêt à suivre sa mère. Le petit d'homme découvre le milieu aérien, après neuf mois de vie aquatique, avec en bagage quelques fonctions vitales, des réflexes pré-câblés, et un besoin total de soins et d'attention. Il devra être porté, tout autant physiquement que psychiquement, et soigné par un Autre, son parent, avant de pouvoir prétendre le faire lui-même. D. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique du XXe siècle, nomme ce double portage et ce soin attentif holding et handling. Ils découlent de la capacité de la figure parentale³, à lire ce bébé, dans ses besoins, dans ses demandes, et à les interpréter pour y répondre.

Une telle attention, durant les premiers temps de la vie, est rendue possible par un état de fusion du parent avec son enfant : la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956). Cet

³ La figure parentale ou figure de soin de l'enfant est appelée mère, dans les textes, en référence à l'adulte prodiguant les soins au jeune enfant.

état de préoccupation est décrit comme un « *stade d'hypersensibilité* » (Winnicott, 1956, p.170). Cet état se prépare pendant la grossesse, et perdure quelques semaines ensuite. Il correspond à une écoute très fine, un dévouement total de la mère à son enfant. Il est précisé cependant qu'un tel stade ne peut être atteint que si la mère se porte bien, est disponible physiquement et mentalement.

Ainsi, parce que le parent porte son enfant psychiquement, dès la grossesse, parce qu'il le pense, le rêve, il est ensuite capable de percevoir chez cet enfant chaque variation, posture, cri, besoin et de s'y adapter. Il ne s'agit pas ici pour le parent d'effectuer un sans faute, seulement de s'adapter au mieux aux possibilités de l'enfant, d'être *suffisamment bon*.

Pendant cette phase de fusion, le parent est donc tout entier aux soins de son petit, et répond sans délai à toute demande de celui-ci. À un besoin exprimé par le petit répond sa satisfaction via le parent. Le rythme est donc binaire : besoin-satisfaction du besoin.

Puis, à la fois la maturation neurologique de l'enfant et la sortie progressive de la préoccupation maternelle primaire du parent, vont permettre l'introduction d'un troisième temps. À une demande de l'enfant, l'adulte va pouvoir imposer un délai, un temps d'attente. Celui-ci ne sera pas vide d'absence, il sera plein de paroles, de mots qui feront sens : « Oui, je t'ai entendu, et je vais venir, mais pas tout de suite, attends mon bébé, j'arrive. Tu n'es pas seul, je suis là. » Dans cette attente, pourront naître le fantasme de la satisfaction du besoin, la rêverie, le *je(u)*⁴. Peu à peu, la fusion initiale se dissout, la figure maternante se décolle de l'enfant et de ses besoins : c'est le temps de la séparation Moi/l'Autre, de l'individuation. Le rythme est devenu ternaire.

Dans ce subtil processus, qui soutient l'enfant dans son début de vie et étaye sa construction de sujet, nous pouvons noter qu'il est donc nécessaire que le parent ait une disponibilité

⁴ Cette aire de créativité, de jeu, de fantasme qui s'ouvre pour l'enfant correspond à l'aire transitionnelle décrite par D. Winnicott.

psychique suffisante pour rêver, désirer, penser son enfant avant-même sa venue au monde. Sa sécurité interne est donc requise également.

4.2 Délimitation des contours, apparition du contenant

Nous venons de décrire la fusion primordiale du début de vie de l'enfant, jusqu'à sa résolution progressive qui permet à l'enfant de s'individualiser. Les soins que nous avons évoqués, du parent à l'enfant, leur régularité et l'attention complète demandée pour l'adulte, ce collage permet la construction psycho-corporelle de l'enfant par un autre aspect.

La théorie du Moi-Peau, développée par le psychanalyste français D. Anzieu, s'appuie sur la peau en son sens dermatologique pour en transposer des fonctions en terme de psychisme.

Trois fonctions de la peau sont ainsi reprises et appliquées au Moi-Peau.

La première est la fonction de sac, qui retient à l'intérieur le bon, le plein, la satiété, accumulés par l'allaitement, les soins, le portage. C'est également la surface limite avec le « dehors », qui le maintient à l'extérieur et donc protège le sujet, assure son intégrité. La Peau est également à la fois le lieu et le moyen primaire d'échange avec autrui. (Anzieu, 1995)

Le Moi-Peau est donc une enveloppe psychique, qui permet d'exister sans se répandre. De la même façon que la peau-derme fournit une enveloppe au corps physiologique, le Moi-Peau fournit un contenant aux pensées. Mais, si la peau-derme se met en place au cours de la grossesse, en milieu intra-utérin, comment se constitue cette peau-psychique ?

La mise en place d'une telle enveloppe est indissociable de la dyade mère-enfant déjà évoquée. Nous pouvons comprendre la fusion initiale comme une peau commune de l'enfant avec son environnement humain : la fonction d'enveloppe psychique manquant au départ à l'enfant est

assurée par le parent. Et à nouveau, les aspects physiologique et psychologique s'entremêlent : dans son portage, son toucher, ses soins du corps de l'enfant, l'adulte laisse des traces, des (im)pressions. Ces dernières fournissent à l'enfant des informations tant sur son corps physique, ses limites, ses contours, son volume, que sur la façon dont son parent le porte, le pense, le rêve psychiquement. Il apprend donc en même temps les qualités de son corps physique, et ses qualités d'individu pensant et pensé via les sentiments que son parent infuse dans son toucher, dans ses soins. (Potel, 2010)

4.3 Le corps lieu d'échanges, d'(inter)actions

Nous percevons par la notion de Moi-Peau la richesse des échanges corporels entre le parent et le jeune enfant, et l'importance de ses échanges dans la construction de l'être au monde de l'enfant, dans son devenir sujet. Nous allons ici explorer un peu plus ce langage infra-verbal, tissé dans les corps.

En 1977, J. de Ajuriaguerra⁵ établit, dans la suite des travaux du psychologue et médecin H. Wallon, un lien entre tonus et émotions. Qu'est-ce que le tonus ? État de tension, permanent et involontaire, des muscles, dû à la stimulation continue de leur nerf moteur. Il est variable dans son intensité, selon les actions syncinétiques ou réflexes qui peuvent l'inhiber comme le renforcer. Le tonus est la toile de fond de l'activité émotionnelle de l'individu, et par là même de son expressivité infra-verbale : chaque état émotionnel de l'individu est reflété dans son état tonique. (Scialom et al., 2011) Le langage courant souligne ce lien : à la tension psychique est souvent associée la tension physique « Tu devrais aller courir, vas te défouler ça te

⁵ J. de Ajuriaguerra est un neuropsychiatre et psychanalyste français, dont les travaux ont largement contribué aux fondations de la psychomotricité actuelle.

détendra. », « Respire, détends-toi. », et vice-versa « Tu as l'air à plat, qu'est-ce qui ne va pas ? ».

Découle de ce lien-là, la notion de dialogue tonico-émotionnel : « *reflet des états émotionnels des deux partenaires avec la possibilité d'une transmission de l'un à l'autre, en particulier chez le bébé, et dès le plus jeune âge.* » (Bachollet, & Marcelli, 2010).

Le dialogue tonico-émotionnel est infra-verbal. Sa qualité de dialogue implique deux partenaires, à l'écoute l'un de l'autre. Chacun reçoit les informations transmises par le contact, l'état tonique et émotionnel de l'autre, les traite sans se laisser envahir, et en renvoie ensuite une modulation. J'ai ainsi pu expliquer ce concept, en consultation, à la maman d'une petite fille d'un an, en utilisant l'exemple de l'endormissement. Je demande à la mère comment elle fait lorsque la petite est agitée et ne s'endort pas. Elle m'explique : « Je fais semblant de dormir. » En se mettant elle-même dans l'état de calme et de repos psycho-corporel précédant le sommeil, elle l'induit chez son enfant, qui ensuite n'a plus de difficulté à s'endormir.

Pour que le dialogue tonico-émotionnel soit de qualité, il nécessite une certaine disponibilité, psychique et corporelle, des deux participants ! Dans la relation parent-enfant, ce dialogue permet au bébé d'explorer différentes variations de son état tonique. Au départ, le jeune enfant a besoin de la capacité de régulation de son parent, qu'il va ensuite intérioriser pour enrichir ses propres capacités de régulation tonico-émotionnelle.

4.4 Tonus, postures, axialité : ouverture sur le monde

« *pour aller vers le dehors, l'enfant doit être sécurisé dedans.* »

(Robert Ouvray, 2007, p.72)

Au début de sa vie, la tonicité du bébé s'organise schématiquement de la façon suivante : l'hypotonie est synonyme de satisfaction, et est associée à une posture d'enroulement, tandis que l'hypertonie signe le besoin, l'appel, et s'exprime corporellement par l'extension. La posture de confort, de sécurité de l'enfant est donc dans la flexion. Si nos tonicités se nuancent ensuite, avec l'hypotonie de la posture dépressive ou l'hypertonie de la joie, nous retrouvons cet amalgame sécurité-enroulement tout au long de la vie. Qui, dans un moment de fatigue ou de détresse quelconque, ne s'est jamais réfugié en « position fœtale » ? L'expression même signe ce lien archaïque, nous avons intégré le regroupement comme un moyen de réconfort, et n'hésitons pas à y recourir de nous-mêmes.

Avec la maturité neurologique et le phénomène de myélinisation⁶, l'enfant gagne en maîtrise de son corps, et explore ses possibilités. Toute la motricité humaine est basée sur cette position initiale d'enroulement : pour pouvoir ensuite s'étendre, se redresser, construire son axe, découvrir rotations et torsions, l'enfant doit en premier lieu avoir accès à l'enroulement. C'est la posture du retour sur soi, de sécurité. Sans cette première étape, il est encore impossible de dérouler une motricité fluide, et d'accéder aux postures et schèmes d'extension en tant qu'aller vers, à la découverte du monde. C'est généralement vers le sixième mois que l'enfant connaît une étape d'ouverture sur le monde et sur les relations, signée par la maîtrise de la torsion. (Robert Ouvray, 2007)

S.Robert Ouvray⁷ s'appuie sur le travail d'A. Bullinger, psychologue suisse, pour expliquer la chose suivante : « *Les flux sensoriels que reçoit l'enfant entraînent la mobilisation tonique et la mobilisation d'émotions liées aux variations toniques.* » (Robert Ouvray, 2008, p.120) Un bon

6 La myélinisation est, de manière simplifiée, la maturation du système nerveux qui permet ensuite une commande efficiente de la motricité.

7 S. Robert-Ouvray est une docteure en psychologie clinique, psychomotricienne et psychothérapeute contemporaine.

équilibre sensori-tonique permet à l'enfant d'avoir accès à l'exploration, d'être disponible à son environnement et donc une bonne intégration à tous niveaux de son développement. Et les informations reçues de l'extérieur, de l'environnement, les flux sensoriels guident l'enfant dans ses explorations toniques et émotionnelles.

II – Quelles violences ? Quelles victimes ?

« *Toute violence est d'abord essentiellement une prise de pouvoir sur le corps de l'autre.* »

E. Durand (Ventura, 2021)

1 - Différents types de violences référencés

Si l'évocation du mot « violence » renvoie principalement aux violences physiques, parfois aux violences verbales ou psychologiques, il en existe cependant bien d'autres. Je vais dénombrer et définir ici les principales répertoriées.

L'Observatoire des violences envers les femmes a publié une brochure, pour les adolescentes et jeunes femmes, dans laquelle sont décrites différentes formes de violences. Ce document, sur « *les violences et leurs conséquences* » est disponible en ligne sur le site de l'Observatoire. Je vais ici m'appuyer sur les données de la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF), qui ajoutent deux nuances.

Parmi les violences référencées, nous trouvons les violences verbales, les violences matérielles, les violences psychiques/psychologiques, les violences physiques et les violences sexuelles⁸. Nous retrouvons également les violences économiques et administratives. La fédération précise dans le même document que la plupart des femmes qui appellent le 3919 décrivent plusieurs types de violences. Ce numéro est le numéro national d'aide pour les femmes victimes de violences.

⁸ Parmi les violences sexuelles : viols, agressions sexuelles, atteintes sexuelles,inceste, harcèlement sexuel, bizutage, exploitation sexuelle, mutilations sexuelles, mariages forcés.

2 - En quelques chiffres

Afin de préciser et de m'appuyer sur des informations concrètes, j'ai recherché des études et des chiffres concernant les violences conjugales. Le site gouvernemental « Arrêtons les violences » présente sur sa page d'accueil trois possibilités : « J'ai besoin d'aide », « Je suis témoin », « Je suis professionnel ». En cliquant sur ce dernier onglet, nous trouvons un sous-titre « Pourquoi se former ? », suivi d'un lien « Les violences en chiffres ». Le site est réalisé de façon très didactique, afin de faciliter l'accès à l'information pour les professionnels.
[\(https://arretonslesviolences.gouv.fr/\)](https://arretonslesviolences.gouv.fr/) consulté le 8 mars 2021)

Les chiffres datent d'études effectuées en 2019. En premier lieu, parmi les 173 morts au sein d'un couple recensées sur l'année, 84% sont des femmes. 41% de ces femmes étaient victimes de violences de leur conjoint avant leur mort. J'ajoute que parmi les 21 femmes recensées ayant tué leur partenaire, 52% d'entre elles étaient victimes de celui-ci. Nous pouvons donc supposer qu'il s'agissait de situations de défense. Ces chiffres me permettent d'affirmer que les femmes sont les principales victimes des violences conjugales. En parallèle de ces chiffres, ma clinique m'a amenée à ne rencontrer que des femmes victimes et leurs enfants. Cette représentation majeure des femmes comme victimes des violences explique dans mes écrits l'usage du féminin pour évoquer ces victimes.

Je précise cependant que selon les professionnels de terrain qui rencontrent des hommes victimes de violence, les mécanismes sont les mêmes, tant pour la stratégie de l'agresseur que les mécanismes du traumatisme, que je développerai ensuite. À ceci près que nous pouvons penser, du fait de la place de l'homme dans notre société, que la prise de parole et la révélation des violences dans le cas où ils seraient en position de victimes peut être plus complexe. De même, la position des professionnels face à ces révélations sera certainement différente,

potentiellement dans un biais de méfiance plus accentué. Ces hypothèses me semblent constituer un sujet de recherche à part entière que je ne développerai donc pas plus ici.

En moyenne, chaque année, 213 000 femmes, de 18 à 75 ans, sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles par leur (ex-) compagnon. Ces chiffres ne comprennent donc pas tous les types de violences détaillés plus haut. Nous pouvons donc estimer que ces chiffres sont à considérer à la baisse, comme le précise le site gouvernemental. Cela s'applique de manière générale pour tous les chiffres évoqués ici.

En effet, l'enquête n'interrogeant que les personnes vivant en ménages ordinaires, elle ne permet pas d'enregistrer les violences subies par les personnes vivant en collectivité (foyers, centres d'hébergement, prisons,etc.) ou sans domicile fixe. De plus, seules les personnes vivant en France métropolitaine sont interrogées. Enfin, ce chiffre ne couvre pas l'ensemble des violences au sein du couple puisqu'il ne rend pas compte des violences verbales, psychologiques, économiques ou administratives.

(Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes, s. d.)

Pour ce qui est du nombre d'enfants vivant au sein de ces foyers violents, la FNSF, qui s'occupe du numéro national d'aide pour les femmes victimes de violences, publie les chiffres suivants.

En 2018, 81% des femmes victimes ont au moins un enfant. En 2019, il a été recensé vingt-cinq enfants tués par l'un de leurs parents, dans un contexte de violences conjugales. Au fil de ce mémoire, pour simplifier la réflexion, j'évoque les violences conjugales comme différencier nettement de violences envers les enfants. Ce chiffre nous rappelle la réalité : bien souvent, les enfants sont victimes directes également.

Les données nous indiquent clairement que les violences conjugales sont un sujet bien moins rare qu'on ne pourrait le penser, la situation est urgente. Dans la majorité des cas, les femmes

victimes ont au moins un enfant, qui est *a minima* co-victime sinon victime directe des violences. En tant que professionnels de santé, travaillant auprès des enfants et de leurs familles, il me semble impératif que nous soyons formés à ces problématiques et que nous les ayons en tête systématiquement. Ceci dans l'optique d'un repérage le plus efficace possible des familles en danger, pour permettre leur mise en sécurité dans les plus brefs délais. Nous avons un rôle à jouer.

3 - La stratégie de l'agresseur

Connaître le fonctionnement de l'agresseur permet de mieux déceler certains signes alarmants, et de mieux comprendre par la suite les réactions et modes de fonctionnement de leurs victimes. Beaucoup d'idées reçues circulent au sujet des violences conjugales, de leurs auteurs et de leurs victimes. En réalité, le comportement de l'agresseur est presque systématiquement similaire : il y a une stratégie de l'agresseur.

Leslie Morgan Steiner, auteure américaine féministe engagée, décrit, lors d'une conférence, la stratégie dont elle a été victime elle-même (Morgan Steiner, 2012). La première étape consiste à charmer et séduire la victime qui n'a alors aucun soupçon. L'agresseur place sa victime en position dominante, du moins le lui fait croire : elle le fascine, il veut tout savoir, il croit en elle plus qu'en n'importe qui. Pour accentuer le climat de confiance, il va jusqu'à dévoiler un secret très intime : les violences dont il a été victime enfant par exemple.

Il s'agit ensuite d'isoler sa victime. Petit à petit, l'éloigner de sa famille, son cercle intime, ses proches : toute relation qui pourrait soupçonner ou percevoir les violences. Cela peut se faire

de manière insidieuse, sans ordonner : par amour, un déménagement, pour créer une vie à deux.

Alors la menace de la violence est introduite, pour observer la réaction de la victime. Peu à peu, d'une menace, la première attaque frontale survient, et les excuses suivent, hors de proportions. Généralement l'émotion ou le comportement de la victime elle-même sont utilisés comme prétexte à la violence : de cette façon, la culpabilité est insidieusement inversée, et la victime se retrouve désignée comme origine de la violence qu'elle subit. À partir de là, tout prétexte est bon, la violence explose, contre une victime isolée, humiliée, dévalorisée : démunie.

E. Piet, médecin de protection maternelle et infantile et présidente du Collectif féministe contre le viol, ajoute à cette stratégie les nuances suivantes : l'agresseur choisit sa victime et lui impose le silence via des menaces, sur les enfants s'il y en a par exemple. (Sénat, 2017)

Les violences peuvent n'apparaître qu'à la nuit de noce, ou lors de la première grossesse par exemple.

III – Conséquences des violences

« *Les cris émis par l'adulte sont vécus par l'enfant comme des coups.* »

(Robert Ouvray, 2008, p.88)

Face aux violences conjugales, pour les enfants, il s'agit d'enclencher un mode survie. L'enfant se retrouve seul au milieu de la tempête, et doit faire face malgré tout. Nous pouvons observer la mise en place d'une barrière, carapace sous différentes formes dont nous en évoquerons certaines. Elle peut être une carapace tonique, l'agitation, ou au contraire un effacement. Il s'agit alors de passer inaperçu, de ne pas faire de vagues. « *(...) née de la guerre [elle a] appris à penser de toutes ses forces pour tenter de donner du sens à l'insensé, attacher les choses entre elles malgré le vent de folie qui balaie jour après jour la maison.* » (Potel, 2015, p.104)

1 - Dans les classifications

Qu'en est-il des troubles dans les classifications officielles ? J'ai choisi d'aller explorer une référence majeure, le DSM⁹. Il s'agit d'une référence américaine. Je tiens à préciser ici qu'il existe d'autres classifications, dont la CIM10, entre autres, que je n'ai pas creusées. C'est un choix de ma part, il me semble qu'il s'agit d'une recherche à part entière, qui n'est pas le sujet de ce mémoire.

⁹ DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

1.1 Le sommaire à la loupe

Dans le DSM5, la dernière version du DSM qui est une référence largement utilisée en termes de classification des troubles psychiatriques, nous trouvons en fin de sommaire une catégorie intitulée « *Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique* ». Une première sous-catégorie rassemble les « *problèmes relationnels* », dont les « *problèmes liés à l'éducation familiale* » et les « *autres problèmes liés au groupe de soutien primaire* ». Il semble donc qu'il s'agisse là plutôt des problèmes touchant les relations précoces et l'environnement familial de début de vie de l'enfant. Nous repérons cependant l'encart « *enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents* », qui pourrait correspondre parfaitement à notre sujet.

La sous-catégorie suivante concerne les « *Sévices et négligences* ». Nous en découvrons quatre types : sévices physiques, sévices sexuels, négligence, sévices psychologiques. Ceux-ci sont détaillés en premier lieu dans des situations où ils sont dirigés vers un enfant, qu'ils soient confirmés ou suspectés, perpétrés par un parent ou non. Puis ces sévices sont développés pour les situations où ils concernent un adulte, de la même façon à quelques nuances près. Pour le sujet qui nous intéresse, à savoir les dégâts causés par les violences conjugales sur l'enfant qui en est témoin et victime indirecte, il semblerait que les paragraphes « *négligence envers un enfant* » et « *sévices psychologiques sur un enfant* » nous concernent. Ce sont donc ceux que j'ai lus, ainsi que l'encart « *enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents* ». (American Psychiatric Association et al., 2016)

1.2 « *Enfant affecté par la souffrance relationnelle chez les parents* »

Cette catégorie concerne les situations dans lesquelles la relation entre les parents produit des effets néfastes sur la santé mentale et / ou physique de l'enfant. Ainsi, les conflits parentaux sont reconnus comme pouvant affecter négativement l'état psycho-corporel de l'enfant. En lisant le descriptif, il semble que les difficultés relationnelles entre les parents soient plutôt de l'ordre du conflit verbal, des disputes ou encore de la violence psychologique avec dévalorisation par exemple. La violence sous d'autres formes n'est pas citée.

1.3 « Négligence envers un enfant »

La négligence envers un enfant est définie comme un manquement, par action ou omission, dans les soins qui lui sont prodigués. L'adulte responsable de l'enfant ne lui offre pas satisfaction des besoins élémentaires pour son âge, tant au niveau physiologique qu'affectif ou encore éducatif. Il est spécifié que ce manquement devient négligence dès lors qu'il entraîne ou risque d'entraîner des séquelles physiques et / ou psychologiques pour le petit. Jusqu'ici, nous pouvons lier cette négligence à un contexte de violences conjugales, puisque l'environnement violent proposé à l'enfant correspond à un acte risquant d'affecter négativement le développement de l'enfant. Nous pouvons penser que dès lors qu'un adulte élève son enfant dans un environnement violent, il est très probable qu'il soit également défaillant dans son attention aux besoins physiologiques, éducatifs, affectifs de cet enfant. Dans les exemples de situation de négligence cités, ne figure cependant pas la situation de violences conjugales.

1.4 « Sévices psychologiques sur un enfant »

Les sévices psychologiques sur un enfant sont décrits dans le DSM comme tout acte verbal ou symbolique voulu, par opposition à un acte accidentel, qui entraîne ou risque d'entraîner des séquelles psychologiques pour l'enfant. L'auteur de cet acte est un parent ou du moins une personne responsable de l'enfant et de ses soins. Parmi les exemples cités ensuite, nous pouvons lire notamment l'acte « *d'abîmer/d'abandonner [ou de menacer de] des personnes ou des choses auxquelles il tient* » (American Psychiatric Association et al., 2016, p.317). Cet extrait précis pourrait décrire une situation de violences conjugales. Un parent, ou beau-parent, abîme ou menace d'abîmer l'autre parent de l'enfant, soit quelqu'un auquel l'enfant tient. Ce genre de situation est donc reconnu officiellement comme entraînant un grand risque de séquelles psychologiques pour l'enfant.

Ce point de vue nous permet de nuancer le terme d'enfant **co-victime**, dans le cadre de violences conjugales. L'enfant est bien co-victime et non victime directe en ce qui concerne les violences physiques et sexuelles. En revanche, il apparaît de plus en plus clairement que le contexte même de ces violences, perpétrées sur la mère de l'enfant, constitue *a minima* une violence psychique grave pour l'enfant, qui en est victime à part entière et non simplement co-victime.

2 - Conséquences sur l'enfant dès la vie intra-utérine

2.1 Complications pendant la grossesse

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en mars 2021 un article statuant sur l'impact des violences envers les femmes sur une grossesse. Avant même d'évoquer l'impact de violences au cours de la période de gestation, précisons que dans un contexte de violences conjugales, la probabilité que la grossesse elle-même ne soit pas désirée par la mère, particulièrement dans le cadre de violences sexuelles. Si nous aimerais à penser que la grossesse pourrait permettre une accalmie de la violence et une période de répit, la réalité est tout autre.

La violence au cours d'une grossesse multiplie les risques, pour la mère comme pour l'enfant. Le risque de fausse-couche est ainsi supérieur de 16% par rapport à la population générale, et les accouchements prématurés sont plus fréquents de 41% dans un contexte de violences. Nous pouvons ajouter à ces deux dangers la naissance d'un enfant mort-né, ou d'un enfant en insuffisance pondérale. (OMS, 2021) L'environnement violent, l'insécurité dans laquelle la mère est plongée, affectent donc l'enfant dès son développement intra-utérin.

Une étude menée en France sur des femmes violées et battues recueillies par l'association SOS Femmes¹⁰, aboutit aux mêmes conclusions en terme de risques pour l'enfant, et précise que « *100% de ces femmes avaient été battues pendant la grossesse, y compris sur le ventre. 82% avaient subi des agressions sexuelles pendant la grossesse.* » (Sénat, 2017)

2.2 Prématurité : facteur de risque bien connu

L'OMS définit la prématurité comme la naissance du bébé avant 37 semaines d'aménorrhée (SA), le terme d'une grossesse ordinaire étant de 41 SA. Aucun nouveau-né n'a survécu à un accouchement avant 23 SA. (Ancel & Rozé, 2015) Selon l'avance par rapport au terme, et donc le stade de développement atteint par le bébé *in utero*, les risques pour la survie et la santé du

¹⁰ SOS Femmes est une association féministe engagée contre toutes les formes de violences conjugales.

bébé ne sont pas les mêmes. Chez l'enfant né prématuré, les organes sont bien en place, mais immatures, notamment le cerveau !

Cette immaturité des systèmes nerveux et sensoriels notamment, place « *les nouveaux-nés prématurés, dans le spectre du risque développemental au sens large.* » (Buil, 2019) En plus de cela, le bébé prématuré est généralement hospitalisé, pour une période plus ou moins longue, en tout début de vie. Les services de néonatalogie font l'objet de nombreuses études et précautions pour favoriser l'accueil des petits enfants. Néanmoins, les conditions de vie en couveuse, au rythme entrecoupé de soins, les visites des parents limitées, restent difficiles et traumatisques. Le développement psychomoteur des nouveaux-nés prématurés est suivi de très près, dès la naissance et ensuite pendant les premières années de vie. Ce suivi a pour but de soutenir le développement psychomoteur de l'enfant, et prévenir au plus tôt d'éventuelles difficultés ou particularités développementales. (Buil, 2019)

Ces suivis se font notamment au sein de PMI de secteur. Au cours de mon stage, j'ai ainsi pu recevoir avec Isis de nombreux enfants en suivi de prématurité. Dans ces cas-là, psychomotricienne de service de néonatalogie et psychomotricienne de PMI sont en lien pour assurer une continuité de l'accompagnement de l'enfant et de ses parents.

Millette et al. (2019) répertorient les conséquences fréquentes de la naissance prématurée sur le développement du jeune enfant. Au niveau comportemental et cognitif, nous retrouvons la déficience intellectuelle, les troubles du comportement, les troubles de l'attention, l'hyperactivité (sont donc inclus les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, TDA/H), troubles du spectre de l'autisme, les problèmes de socialisation, les difficultés d'apprentissage et difficultés scolaires notamment au niveau langagier. Sur le plan moteur, la prématurité est un facteur de risque pour les retards de motricité globale et fine, et

les problèmes de coordination. La sensorialité est également impactée, avec des complications neurosensorielles ou neuromotrices.

Tous ces troubles correspondent à des indications pour des soins en psychomotricité. Il apparaît donc ici clairement qu'en tant que psychomotriciens, les enfants nés dans des climats de violence peuvent nous être adressés ne serait-ce que pour ces troubles liés à leur naissance prématurée. Il est toujours intéressant, face à un parcours de naissance compliquée ou anticipée, de discuter du contexte de cette naissance. Beaucoup de mères ne font pas le lien avec les violences qu'elles subissaient durant leur grossesse, jusqu'à ce qu'un soignant le leur souligne.

3- Psycho-traumatisme

« phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes afférentes à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur » L. Crocq, 1999

3.1 Psycho-traumatisme, késako ?

Le terme de psycho-traumatisme englobe une clinique vaste et riche, dont il reste encore de vastes territoires inexplorés ... Prétendre pouvoir en faire le tour en un seul paragraphe serait

donc bien audacieux sinon mensonger. Cependant, il semble indispensable ici d'en comprendre certains mécanismes. Je vais donc m'appuyer sur différents points de vue, que j'ai été amenée à découvrir au fil de mes études et de mes stages, pour malgré tout en esquisser les contours. Puisqu'il est bien certain, et la clinique me l'a démontrée, que l'une des conséquences premières pour un enfant d'être témoin de violences entre ses parents, est le psycho-traumatisme.

« *Le trauma chez l'enfant est une surstimulation qui met en jeu la relation à autrui, le lien interhumain qui lui permet de se construire.* » donc le parent en est la source idéale. (Robert Ouvray, 2008, p.175)

3.1.1 Approche neurologique : Suzanne Robert Ouvray

Il existe un système cérébral, constitué de l'hypothalamus, l'hypophyse, et relié aux glandes surrénales et leurs hormones, qui commande les réactions de stress du corps. Toute stimulation trop importante, entraîne la production d'hormones spécifiques, par chaîne de réactions. Parmi celles-ci, nous retrouvons notamment le cortisol, hormone du stress, et l'adrénaline, que nous pourrions nommer hormone de l'effort. Ces substances libérées ont plusieurs effets. Un apport d'énergie soudain permet la stimulation des muscles, qui associée à l'augmentation de la vigilance permet à l'individu soumis au stress de réagir. Que ce soit le combat, ou la fuite, la réaction d'urgence pour la survie est activée.

Maintenant, si jamais la sécrétion de ces hormones devait se montrer excessive et en continu, de par l'exposition à un stress majeur non gérable par l'individu : en déclencherait la destruction des neurones de l'hippocampe, « *qui fait partie du système limbique participant aux émotions*

et à la mémoire. ». (Robert Ouvray, 2008, p.128) De tels dommages favoriseraient, en outre, l'apparition d'une dépression.

D'un point de vue neurologique, le psycho-traumatisme correspond finalement à la situation dans laquelle le stress auquel l'être humain est soumis déborderait le système spécifiquement programmé pour y réagir. Au lieu de simplement induire chez l'individu un comportement d'urgence et de survie, le système neuro-hormonal s'emballe, et détériore le centre de gestion des émotions et de la mémoire. Cela favorise par la suite l'installation de troubles psychologiques en réaction. Nous évoquerons à nouveau ce phénomène en détaillant la mémoire traumatique¹¹.

3.1.2 Approche psychanalytique :

Après avoir exploré l'approche neurologique du psycho-traumatisme, penchons-nous sur une compréhension psychanalytique. Ceci constitue une ébauche de recherches, par le croisement des pensées de deux auteurs, destinée ici à ouvrir la réflexion sur le psycho-traumatisme.

Le médecin neuropsychiatre et psychanalyste français B. Cyrulnik (2018) évoque le traumatisme comme une effraction du psychisme, une « déchirure ». Celle-ci serait donc la conséquence d'un événement, qui serait trop fort, impossible à contenir ou du moins intégrer psychiquement. Le « Moi », selon la conception freudienne, est l'instance psychique ancrée dans la réalité, qui navigue entre les pulsions du « Ça » et la morale du « Surmoi », de façon extrêmement simplifiée. Lors du traumatisme, le Moi est impacté, reçoit le choc. L'auteur précise que donner une définition du traumatisme au-delà de cette effraction semble impossible. En effet, le traumatisme est éminemment subjectif, en ce qu'il dépend déjà de la

11 Cf. *Infra III 3.2.1 Mémoire traumatique*

maturité psychique de l'individu. Les représentations et capacités de compensation psychiques ne sont pas les mêmes pour un enfant que pour un adulte, ou un adolescent. Nous pouvons ajouter à cela la singularité de chaque construction psychique, qui nous fait tous réagir de manière unique face à une même situation.

S. Ferenczi, neurologue et psychanalyste hongrois, ajoute dans ses écrits une dimension corporelle et sensorielle au traumatisme. Il explique que face à une situation qui crée une effraction, un traumatisme, toujours dans l'optique de la survie, l'instance la plus facile à détruire est la conscience, le « Moi » pourrait-on dire, l'instance qui assure la cohérence psychique du sujet. Cela entraîne donc une désorientation psychique. Nous pouvons lier ce phénomène de destruction de la cohérence avec le dysfonctionnement du système cérébral évoquée dans l'explication neurologique. L'auteur ajoute plus loin que par désorientation il entend un état d'anesthésie des sensations. L'individu affecté par cet état se retrouve complètement coupé de sa personnalité, et tout à fait malléable. Sans défenses, en somme. S. Ferenczi ajoute ensuite que tout événement se déroulant pendant cet état de désorientation sera éludé par la mémoire. Il y aura donc un « trou » pour le sujet à ce niveau-là.

Seulement, le psychisme va ensuite chercher une cohérence, chercher à se réunifier. Les sensations non intégrées, non digérées, vont chercher à l'être et ainsi se frayer un chemin dans le psychisme, jusqu'à être traitées. Le traumatisme, avec sa sensorialité, se répète, se rappelle à l'individu qui l'a vécu, par le rêve notamment. (Ferenczi, 1934)

3.2 Mécanismes de défense observés

3.2.1 Mémoire traumatique

Au cours de mon année de stage auprès d'Isis, j'ai découvert en théorie et en pratique ce en quoi consiste la mémoire traumatique, et son fonctionnement. L'explication qui va suivre

s'appuie sur les travaux de Muriel Salmona, psychiatre française, fondatrice et présidente de l'association Mémoire traumatique et victimologie. J'ai choisi ici de reprendre les explications que nous donnons, en consultations, aux familles. J'en ai repris la trame, nous adaptions ensuite les mots selon le contexte. Isis utilise généralement le dessin en plus des mots, représentant sur papier les aires cérébrales concernées en même temps qu'elle les décrit.

Au niveau cérébral, il existe une aire qui s'occupe des émotions : l'amygdale. Elle reçoit des signaux, de notre environnement, et les analyse. À chaque émotion : l'amygdale envoie un message aux glandes surrénales, qui émettent de l'adrénaline. L'adrénaline est une hormone qui donne de l'énergie, et permet de réagir à l'émotion. Par exemple, si jamais je suis en danger, j'ai peur : l'adrénaline vient me donner la force et l'énergie de combattre le danger, ou de fuir. C'est la même chose quand je fais du sport, au moment où je veux gagner : tout à coup j'ai beaucoup de force et d'énergie ! C'est l'adrénaline. Une fois que l'émotion est passée, elle passe voir l'hippocampe, une autre partie du cerveau, qui va la ranger dans les souvenirs : bons, ou mauvais. Tous ces souvenirs constituent notre expérience : bonne ou mauvaise, c'est grâce à elle que l'on apprend.

Ce système bien huilé fonctionne comme cela si tout va bien. Mais si jamais l'émotion est très très forte, trop forte ? Par exemple, une peur abominable. Alors l'amygdale réagit plus fort et plus longtemps que d'habitude, donc les glandes surrénales produisent de l'adrénaline en plus grande quantité et plus longtemps. Le problème, c'est que trop d'adrénaline peut être dangereux, pour notre cœur par exemple. Alors, le cerveau doit nous protéger : un réflexe de survie se met en place, qui éteint l'amygdale. C'est un réflexe, donc on ne peut pas le contrôler du tout. L'amygdale arrête de fonctionner, donc les glandes arrêtent d'envoyer de l'adrénaline. Et en plus de cela, le cerveau nous envoie des auto-anesthésiant, pour qu'on ne ressente plus

aucune douleur. On ne ressent alors plus ce qui nous arrive, on sait que c'est à nous que ça arrive, mais on ne le sent pas.

Le problème de ce réflexe de survie, c'est que dès lors que le système de gestion des émotions est mis sur pause, les émotions ne passent plus par l'hippocampe et ne peuvent pas devenir des souvenirs, bons ou mauvais. Toute la sensorialité de ce qui a déclenché l'émotion trop forte reste coincée, en attendant de pouvoir être traitée. Et parfois, il suffit d'un tout petit rien, une odeur, un mot, un lieu, pour que toute la scène se rejoue dans notre tête. On n'y peut rien, tout cela n'a jamais été traité donc tout se rejoue. Jusqu'à ce qu'un jour, les choses puissent se remettre dans l'ordre et l'hippocampe puisse faire son travail : tout classer dans les souvenirs, bons ou mauvais.

Cette mémoire traumatique qui s'installe après les violences est une mémoire émotionnelle et sensorielle «fantôme» intrusive et incontrôlable des violences subies.

Quand elle n'est pas traitée, elle revient hanter les victimes traumatisées pendant de longues années après les violences et parfois même toute leur vie, leur faisant revivre «éternellement» et à l'identique, quand elle envahit le psychisme, le «film» des violences avec les mêmes sentiments d'effroi, de détresse, de mort imminente, d'impuissance et de sidération ressentis lors de celles-ci. (Salmona, 2013, pp. 22-23)

3.2.2 Dissociation

« Se couper de ses émotions pour ne pas trop souffrir. Se mettre sous cloche pour se protéger. »

(Potel, 2015, p.85)

Sarah est une petite fille de huit ans, très douce dans sa gestuelle. Elle présente globalement

une légère hypotonie, notamment dans sa posture assise : elle est affalée sur sa chaise, les jambes allongées. À noter cependant que ce sont de petites chaises pour enfants, pas tout à fait adaptées à sa taille. Je la rencontre au sein de la PMIA.

Isis connaît déjà Sarah et sa maman, elle me raconte leur situation. Sarah est née à 32 semaines d'aménorrhée, soit une prématurité moyenne. À la naissance, elle a été hospitalisée et présentait plusieurs soucis de santé, au niveau des pieds notamment et une tachycardie. Lors du premier rendez-vous, en septembre 2019, Isis découvre que la maman de Sarah est victime d'un homme qui la frappe, la dévalorise, l'insulte ... Cette femme est coincée également par sa propre mère, qui refuse qu'elle quitte cet homme violent ou porte plainte. Le père n'était pas violent avant le mariage. Il a de plus été exclu de sa propre famille, qui était opposée au mariage. Voilà les informations dont je dispose avant la séance, un peu plus d'un an après le premier rendez-vous avec Isis et plusieurs mois après le dernier.

Sarah a dépassé l'âge de suivi classique en PMI. Si elle est reçue par ma maître de stage, c'est dans le cadre des violences conjugales dont sa mère a été victime.

La mère est assise sur un fauteuil contre le mur du fond ; Sarah est assise sur une petite chaise en face d'Isis ; je suis sur un fauteuil en face de la mère, de biais. Dès le début de la séance, je perçois une grande douceur chez la maman comme la fille. Leur attitude est très douce et calme, en grand contraste avec le contexte familial. Je comprends au cours de la discussion qu'elles vivent chez la grand-mère maternelle de Sarah depuis le mois de décembre 2019, la même qui refusait la séparation des parents de l'enfant. Sarah voit son père une heure deux fois par mois, lors de visites médiatisées. Ces visites sont organisées de telle façon que l'enfant ne soit pas seule avec son père, en plus des sas d'un quart d'heure avant et après mis en place pour éviter que le père ne puisse suivre la mère et sa fille. De telles mesures témoignent de la

violence de monsieur.

Comme indiqué plus haut, l'attitude de ce duo contraste fortement avec leur histoire. Cette dissonance est d'autant plus marquée dans leurs discours, surtout celui de Sarah qui racontera plus que sa mère. Son discours est en effet sans affect, il semble presque récité, très factuel. Il est probable qu'elle ait déjà raconté plusieurs fois ce qu'elle nous dit. Cette petite fille semble avoir intellectualisé tout ce dont elle témoigne, la violence qu'elle a vécue. Elle semble avoir de courts moments d'absence, durant lesquels elle décroche de la conversation. Isis ajoutera avoir eu le sentiment qu'elle ne comprenait pas toutes les questions qui lui étaient posées. Sarah raconte les visites médiatisées, durant lesquelles son père dénigre sa mère, dit des méchancetés et demande des renseignements à sa fille.

Les seules réactions spontanées et chargées d'affect que j'ai observées chez Sarah étaient liées à la peur. Ses yeux se sont ouverts, elle s'est redressée, preuve d'un recrutement tonique, et a regardé Isis droit dans les yeux quand elle a acquiescé « Oui j'ai peur. ». Elle ne se sent pas en sécurité chez sa grand-mère, à raison puisque son père a déjà une fois fait irruption dans ce domicile depuis la séparation. La position de la grand-mère reste très ambiguë dans le discours de la mère comme de la fille.

La maman de Sarah finit par nous décrire qu'elle ne se sent pas en sécurité dans la rue, elle se sent suivie, regarde derrière elle. Elle arrive à l'école avec de l'avance pour être sûre que son ex-compagnon ne prenne pas Sarah. À nouveau, ses révélations sont exprimées dans une grande douceur, de façon discordante avec leur intensité. La mère présente également une hypotonie globale, elle conserve une position légère flexion du buste, les bras posés sur ses jambes, les mains complètement relâchées, tout au long de la séance.

Sarah nous offre ici, dans son attitude tant psychique que corporelle, une illustration d'un autre phénomène retrouvé dans la clinique du psycho-traumatisme : la dissociation

traumatique. Nous percevons chez elle un fossé entre son récit et les affects que nous pourrions y attendre, entre les mots et la violence qu'ils disent, et ce que nous dit son corps, relâché, presque mou. Qu'est-ce que ce phénomène, à quoi sert-il ?

Face à un événement traumatique, un événement que l'individu ne peut pas digérer ou intégrer, le psychisme doit se protéger. La dissociation tient ce rôle, elle est un « *moyen essentiel qui permet à une personne d'endurer des expériences qui vont au-delà du supportable* » (Levine, 2019, p.118). En quoi consiste-t-elle exactement, en terme d'être au monde ?

C.Potel (2015) décrit ce phénomène, dans le cas d'un patient ayant connu un contexte familial violent. Elle décrit la façon dont le garçon semble être complètement coupé de ses affects, ce qu'elle relie à l'hyperadaptation qu'elle relève chez lui. Face à la violence de leurs contextes familiaux, pour survivre et s'en extraire et à défaut de pouvoir partir, Sarah et ce garçon ont coupé un lien, fermé une entrée : celle des affects et des émotions.

P. Levine, docteur en sciences médicales, biologiques et en psychologie, évoque la dissociation dans son travail sur le traumatisme. Il explique que la dissociation en tant que mécanisme psychique peut être vécue sans qu'il y ait traumatisme. Elle correspond à « *déconnexion fondamentale entre la personne et son corps, une partie de son corps ou une partie de son vécu* » (Levine, 2019, p.219). De fait, il peut nous arriver à tous, dans des activités ou sur des trajets quotidien, de réaliser soudain que nous avons parcouru plusieurs mètres, traversé des rues, préparé un repas, sans en avoir aucun souvenir. Nous nous sommes donc coupés de nos sensations, de notre corps, non à cause d'un traumatisme, mais parce que l'automatisation de la tâche effectuée nous l'a permis.

Partant de cette définition, la déconnexion peut donc advenir à différents niveaux, concerner les sensations du corps entier et la conscience que nous en avons, ou bien des souvenirs,

l'événement en totalité ou partiellement. Et, dans le cas de Sarah, la dissociation prend la forme d'une « *scission entre [...] le moi et les émotions, les pensées ou les sensations* » (Levine, 2019, p.119).

Le phénomène de dissociation nous apparaît donc comme une coupure, complète ou partielle, entre le sujet et son vécu, à différents niveaux, émotionnel ou sensoriel par exemple. En tant que tel, il constitue une réelle discontinuité dans l'histoire de l'individu, une rupture nette.

J'ai rencontré Sarah et sa maman au début de mon stage, j'étais encore en observation à ce moment-là et n'ai donc pas eu de part active dans l'entretien. Dans mon intention, j'étais aussi disponible que possible et observais, écoutais activement. Rapidement, j'ai senti un malaise. Je ne trouvais pas de position confortable, je ne trouvais pas ma place sur mon fauteuil, dans la pièce. J'avais envie de sortir, j'ai eu mal au crâne jusqu'à la fin de la matinée. Ma position d'observatrice m'a laissée, malgré ma disponibilité et ma présence corporelle, à l'extérieur de l'échange entre Isis et Sarah. En pensant aujourd'hui à cette consultation, je fais le lien avec la dissociation de l'enfant. Je me suis retrouvée présente dans la pièce, sans pouvoir affirmer ma présence, me positionner, trouver ma place. J'y étais, sans y être. Et j'ai observé cette petite fille évoquer des violences graves, sans affect. Elle y était, sans y être.

3.2.3 Stress

Selon la définition du Dictionnaire Médical Dechaume, le stress correspond à un « *ensemble de réactions (biologiques et psychologiques) qui se déclenchent dans l'organisme lorsque celui-ci doit faire face de façon soudaine à une demande, quelle que soit sa nature.* » Le stress peut arriver suite à un évènement positif ou négatif ; c'est un mécanisme d'adaptation et de survie. Il s'agit donc d'un mécanisme normal, qui entraîne des modifications de l'état psycho-corporel

de l'individu. L'objectif de ces réactions est de préparer l'individu à réagir de la façon la plus adaptée possible à son environnement.

Afin de répondre de la manière la plus efficace possible, le système nerveux autonome sélectionne en quelque sorte les fonctions qui vont lui être le plus nécessaires dans l'immédiat, et répartit ensuite l'énergie. Ainsi, les rythmes cardiaque et respiratoire s'accélèrent, et les muscles se chargent en énergie, préparant fuite ou combat. De la même façon, un état d'éveil est induit de façon à prendre des décisions rapides et efficientes. L'individu se retrouve donc dans un état d'hypervigilance et d'hypertonie. Cet état d'alerte demande un recrutement total de l'énergie disponible. Il est donc très coûteux, et suivi d'une phase de grande fatigue. (Lezhari, 2020)

En situation de psycho-traumatisme, nous avons décrit avec le fonctionnement de la mémoire traumatique comment l'événement reste actif pour l'individu. Ainsi, même à distance de la violence, si nous prenons pour exemple notre sujet, l'enfant reste en état d'alerte. Son être tout entier est orienté vers la survie, nous pouvons déjà deviner les difficultés d'attention, de relation, de comportement que cela peut entraîner.

4 - Effets ricochet sur le développement psychomoteur

Ce qui est moins classique, peut-être, est de penser que le corps même de l'enfant porte le secret (ou son fardeau) et que ce poids peut avoir un effet quasi concret, qui entrave ses mouvements, inhibe ses déplacements dans l'espace. (Potel, 2010, p.92)

Nous avons évoqué l'importance de l'environnement, notamment relationnel, dans la construction du bébé en tant que sujet différencié de ses figures de soin¹². Nous allons ici discuter des conséquences que peut avoir un environnement violent sur le développement psychomoteur de l'enfant. Si les conséquences psychologiques et psycho-affectives sont répertoriées, ce n'est pas le cas des conséquences psychomotrices. L'environnement violent correspond toujours ici au cadre de violences conjugales, l'enfant est co-victime et non victime directe, en ce qui concerne les violences physiques tout du moins.

Nous partons ici du principe qu'une femme victime de violences est soumise à un danger permanent pour sa vie et son intégrité physique comme psychique, sa disponibilité psycho-corporelle pour son enfant en est donc grandement impactée, sinon limitée. Nous gardons également en tête que lorsque la mère est victime de violences conjugales, son désir quant à ses grossesses a lieu d'être questionné. Quant au parent agresseur, nous pouvons considérer que sa violence envers le parent de son enfant nous indique une faible voire inexistante adaptabilité aux besoins d'un enfant. Je m'appuie par ailleurs sur les récits cliniques entendus pour affirmer que, comme dans le cas du petit Mehdi¹³, les enfants sont souvent prétexte à l'agacement et ensuite à la violence du père.

4.1 Rudy, ou le tourbillon autonome

Rudy a 4 ans quand je le rencontre pour la première fois. Il vient accompagné de sa sœur aînée, sa sœur cadette et sa mère. Isis connaît déjà la fratrie, et le contexte dans lequel ils viennent la voir. Madame a été victime de violences conjugales graves, j'ai dans mes notes « violences physique, verbale, menaces de mort », les violences sexuelles n'étant pas à écarter.

12 Cf *Supra*. I – 4) Notions autour du développement psychomoteur ordinaire

13 Cf *Infra*. IV – Psychomotricité, comme une bouée ?

Les dernières violences remontent à un peu plus d'un an avant cette première rencontre. J'évoquerai plus loin Inès, la sœur aînée et l'utilisation du dessin dans le travail effectué avec elle autour des violences dont elle a été témoin¹⁴. La plus jeune enfant semble bien se porter, sans séquelles, mais nous notons malgré tout une certaine inhibition. Elle semble plutôt passive, sans toutefois nous inquiéter suffisamment pour démarrer un suivi en psychomotricité. Rudy, lui, vient nous voir pour autre chose.

C'est un enfant agité, qui regarde peu l'adulte et a tendance à jouer seul. Nous le voyons à nouveau quelques mois plus tard, sans ses sœurs cette fois, qui resteront dans la salle d'attente. Rudy entre dans la salle, et à nouveau touche à tout, se dirige vers la table d'auscultation du kiné et commence à grimper. Suivant son mouvement, je lui indique plutôt l'escalier. Il s'en saisit, monte vite, je lui parle, le félicite. Rapidement, il arrive en haut, je verbalise la réussite de son projet et évoque la descente, mais il continue à grimper, jusqu'à toucher le plafond avec sa tête. Il ne m'écoute pas du tout, il joue seul, et de là où il est, il m'est difficile de le sécuriser. Je me sens dépassée, au sens littéral du terme : Rudy va tellement vite, je n'ai pas le temps de réagir et ne sais plus que faire, où me positionner. Plusieurs fois pendant la séance, Isis ou moi nous retrouvons dans de telles situations : nous induisons un jeu, offrons une possibilité de décharge motrice à cet enfant énergique, et avant que nous puissions le réaliser il s'en saisit et va plus loin encore, se mettant presque en danger. Notre réactivité assure malgré tout une sécurité, même si nous sommes systématiquement prises de court. Rudy va très vite, très loin, et sans nous.

Au cours de cette séance avec Rudy, Isis et moi avons axé notre travail sur la relation, par différents aspects. Ce petit garçon joue sans chercher l'adulte à côté de lui pour partager son

14 Cf. *Infra*. IV – 3.2 Par le dessin ou le jeu, soutenir la symbolisation

jeu, et lorsque nous faisons le pas et jouons avec lui, en réalité il continue à jouer seul et nous le suivons. Notre objectif était qu'il ressente que c'est tout aussi amusant de jouer avec nous, pour qu'il vienne chercher la relation. Je vais alors intervenir franchement dans son jeu. Ainsi, lorsque je sors le jeu des petits oiseaux, avec six nids de couleurs différentes auxquels sont associés des familles d'oiseaux de la même couleur, je garde la boîte sur mes genoux et ne sors le matériel que petit à petit. Rudy doit me formuler une demande, passer par la relation avec moi pour obtenir le reste des précieux oiseaux.

Au-delà de cet aspect relationnel dans le jeu, de cette réelle inter-action, nous recherchons le regard de Rudy : il nous regarde peu, et quand il le fait, il ne tient pas longtemps. Lorsque tous les oiseaux sont sur la table, j'attire son attention en proposant des variations aux manipulations qu'il invente. Intrigué, il voudrait se saisir directement de ce que j'ai dans les mains. « Mais non, d'abord tu me regardes, tu me vois, et ensuite je te montre que je t'ai vu aussi, et j'accède à ta demande. » Parce que dans la relation, il s'agit de formuler des demandes, et non juste d'agir directement. Je porte par exemple les objets qu'il me demande près de mon visage, près de mes yeux, pour croiser son regard et l'y habituer.

Un autre aspect de la relation est à travailler avec Rudy : la prise de décision, ou l'acceptation de l'autorité. Rudy décide de tout, s'il a une idée en tête, il va au bout, sans tenir compte des indications des adultes. J'en suis perturbée en début de séance, à nouveau j'ai le sentiment de n'avoir aucune prise sur Rudy, aucune accroche. Je suis là, à côté de lui, et je le vois, je le prends en compte, je m'adapte à lui, mais j'ai la sensation de demeurer invisible. Il ne s'agit pas d'une attitude de défiance, l'enfant ne cherche pas à me confronter. Simplement, c'est comme si je n'existaient pas, il ne m'entend pas. Alors, lorsqu'à nouveau il s'échappe de ce que

nous faisons, et se dirige vers le point d'eau pour se laver les mains, ce qu'il a fait en arrivant avec l'aide de sa maman, je tente autre chose.

Je le suis et j'essuie le savon qu'il s'est mis sur les mains avant qu'il puisse les rincer. « Allez Rudy, tu viens avec nous, regarde ce qu'on a sorti pour toi. » Je saisirai le petit garçon, je le contiens physiquement, et je l'éloigne du lavabo. Je pose une limite, je dis non à son projet et lui en propose un autre.

Commence alors ce qui ressemble à un jeu, Rudy essaie de s'échapper, et je le rattrape. J'aurais pu m'agacer de ce comportement, si ce n'était ce sentiment que ça y est, Rudy me prend en compte, et il rit, il entame un jeu ! La course poursuite commence, il gigote, se fait tout mou pour me glisser entre les mains. Je le laisse s'échapper, il tente une percée vers le lavabo, et je le rattrape pour le rediriger vers la table où Isis est installée avec les oiseaux. Nous rions, le jeu continue. Puis je réussis à approcher Rudy tout près de la table, et il fond alors à nouveau au sol, hilare. Penchée au-dessus de lui, je raconte en riant et en mimant l'attaque avec des guilis : « Non mais dis-donc jeune homme, tu es un vrai tête-toi ! Tu décides tout ! Mais nous aussi on sait faire, nous aussi on peut décider ! Eh oui, ici tu ne vas pas tout choisir ... » Cet échange déclenche de nouveaux éclats de rire, puis Rudy se laisse installer à table.

En parallèle de cette interaction, Isis explique à la maman que pour un enfant, il est reposant et sécurisant de ne pas tout choisir, de savoir que c'est l'adulte qui est aux commandes. En réalité, dans notre jeu, j'ai exprimé à Rudy : « Tu n'as pas à tout prendre en charge, je suis là, et je suis un adulte sur lequel tu peux compter. »

Tout cet évitements de la relation qui semble naturel à Rudy est en réalité très coûteux en énergie, et peut-être lié à son agitation : « Plus je vais vite, moins tu peux m'attraper, et plus

facile c'est de t'éviter ? » Je fais également le lien avec la violence qu'il a connue. L'adulte n'est pas synonyme de sécurité d'office pour Rudy, contrairement à la plupart des enfants.

4.2 Reprenons du début

Rudy est ce que nous pouvons appeler un cas d'école en terme de difficultés réactionnelles aux violences conjugales. Nous allons ici proposer des liens entre ses difficultés et la façon dont les violences viennent perturber le développement psychomoteur de l'enfant co-victime. Je m'appuierai sur les bases posées en début de ce mémoire¹⁵.

Nous avons évoqué l'importance des relations entre le parent et son enfant. Nous avons établi également que le parent violent, généralement le père, est par définition inadapté aux besoins du jeune enfant. Qu'en est-il pour la mère ?

4.2.1 Portage et premiers liens mis à mal

La mère est en danger permanent, la menace de violences plane sur elle constamment. Nous avons décrit le stress et ses répercussions sur l'état tonico-émotionnel de l'individu. Une femme battue est mise en posture de victime démunie. Nous pouvons donc imaginer l'état tonique dans lequel elle peut être : en tension permanente, sous l'effet du stress, avec tout l'état de fatigue que cela implique ensuite. Une posture dépressive est également tangible. Il est possible d'ailleurs qu'elle oscille entre un état de grande tension et un état dépressif plutôt hypotonique. Quoiqu'il en soit, la situation de danger dans laquelle elle se trouve affecte ses propres capacités de régulation tonico-émotionnelle, indispensables dans la communication infra-verbale.

15 Cf. *Supra I – 4- Notions autour du développement psychomoteur ordinaire*

Les conséquences pour l'enfant paraissent ensuite évidentes. Sans parent avec une disponibilité psychique et corporelle suffisante, l'enfant ne bénéficie pas du portage dont il a besoin. La sécurité de base dont il nécessite pour se construire une enveloppe suffisamment contenante fait défaut. Il ne peut intégrer correctement aucun moyen de réassurance et de retour au calme, puisqu'il n'en bénéficie pas à travers ses échanges corporels avec ses parents. De plus, il n'exploré pas autant de variations toniques, et reste limité aux pôles primaires d'hypertonie et hypotonie ou aux états de tension de sa mère. Cela peut s'étendre aux vécus sensoriels de l'enfant en général. « *Le travail thérapeutique visera la relance de la dialectique des pôles opposés.* » (Robert Ouvray, 2008, p.157) ce qui implique d'explorer les deux pôles, le négatif comme le positif !

4.2.2 Des tensions à la rigidité

Le petit humain est donc limité dans ses explorations et possibilités de régulation tonique. En plus de la tension perçue dans le portage, ou au contraire de l'absence de sa mère non disponible pour habiter ses soins, l'enfant vit dans un monde sensoriel extrêmement violent. Les cris, les coups qu'il entend et voit sont autant d'agressions qui le mettent dans un état de tension intense. Le jeune enfant vit dans un déséquilibre total aux niveaux sensoriel, émotionnel, tonique. Or, nous l'avons évoqué, sans un bon équilibre sensori-tonique, l'enfant ne peut pas accéder à son environnement, être disponible pour explorer le monde, et par ses expériences précoces enrichir un développement psychomoteur fluide.

Le petit élevé dans un milieu violent est agressé sensoriellement. Il vit dans un état de stress permanent qui ne lui permet ni souplesse ni nuance, et ses parents ne sont pas disponibles pour répondre à ses besoins, pour faire sens de ce qu'il vit. La rigidité entraînée par

l'exposition répétée à des stimulations sensorielles excessives fait perdre, par définition, toute souplesse à l'enfant dans ses postures, qui s'ancrent plutôt du côté de l'extension que du rassemblement. Au-delà de ce niveau tonique corporel, au niveau psychique également l'enfant perd toute capacité de se rassembler, « *de se recentrer sur lui-même pour répondre à l'agression.* » (Robert Ouvray, 2008, p.147)

Nous avons donc un enfant dont le développement psychomoteur est limité puisque son environnement ne lui offre pas ce dont il a besoin pour s'enrichir d'expériences précoces variées. De plus, la carence dans le portage et les agressions sensorielles répétées figent le bébé dans des postures d'extension, qui limitent encore ses capacités à s'auto-calmer, s'auto-recenter. L'enfant est complètement démunie face aux violences dont il est témoin et sur lesquelles aucun de ses parents ne peut poser de sens. Ses représentations en sont affectées, et à l'image des sensations éparses qu'il vit, l'enfant est plein d'éléments bêta non transformés, parsemés ici et là.

Au niveau des activités de pensée, la trop forte projection tonique et la faiblesse des introjections empêchent la coordination des éléments internes et engendrent des difficultés de liaisons au niveau des pensées : les sensations ne se rallient pas entre elles pour former une unité, les affects sont éparpillés et sans cohérence, les représentations vagabondent et s'entrechoquent souvent. (Robert Ouvray, 2007, p.190)

Nous pouvons supposer ici les difficultés pour l'enfant co-victime de se construire une représentation de son propre corps cohérente et satisfaisante. Sans personne pour assurer de fonction alpha, ses sensations corporelles restent morcelées et incohérentes. Il est très probable que le rapport à son propre corps, dans son lien à ses affects et sa vie relationnelle,

soit perturbé également. Ces représentations sont liées au rapport à l'Autre, au regard de l'Autre. Or ici, l'Autre, le parent, pose un regard absent sur le petit, et le corps de l'adulte est d'une part la source et d'autre part la cible de violences. Le corps est tout puissant ou tout passif. Celui de l'enfant demeurant témoin passif-impuissant généralement, donc sous-investi ? Je n'ai pas pu explorer plus précisément la question des représentations du corps des enfants co-victimes en clinique, mais il me semble que c'est un point essentiel à étudier.

4.3 Comportements réactionnels observés chez l'enfant

S. Robert Ouvray évoque cette défaillance parentale et ses conséquences : « *un parent défaillant dans ses réponses interactives avec le bébé induit un effondrement psychocorporel chez son bébé.* » (Robert Ouvray, 2008, p.114)

Il est précisé que si cette défaillance reste ponctuelle, le bébé a des capacités de récupération de ses « *volumes corporels et psychiques* » qui lui permettent de se remettre, de rebondir dès que l'accordage suffisamment bon est à nouveau à l'œuvre. À l'inverse, si cette défaillance devait se pérenniser, comme cela peut être le cas pour une mère victime de violences conjugales ou un parent violent, le bébé perd cette qualité de récupération et se fige dans la position dépressive d'effondrement. Il devra alors user de ses propres ressources pour sa survie psychocorporelle. De la même façon qu'un enfant (ou un adulte..!) fatigué pourra avoir recours au mouvement pour rester éveillé, l'enfant pourra faire face à « *cet aplatissement dépressif[par] l'hyperactivité et l'hypertonie.* » (Robert Ouvray, 2008, p.115)

C'est la tendance que nous observons chez Rudy, dans son mouvement incessant et son agitation qui laissent deviner une grande tension corporelle. Tension qui, d'ailleurs, passe à

l'extrême opposé, à l'hypotonie complète quand il se laisse « couler » pour m'échapper. Ses possibilités de régulation tonique sont probablement peu nombreuses.

Ou bien l'enfant peut s'effacer complètement, se couper de cet environnement et se réfugier dans une posture passive, comme semble le faire la sœur cadette de Rudy. Je n'ai malheureusement pas eu l'opportunité d'observer de manière privilégiée cette petite fille, dont le développement semble satisfaisant malgré tout.

J'ai pu observer un autre phénomène, chez des enfants un peu plus âgés, d'âge scolaire en général. La sœur aînée de Rudy en fait partie. Les enfants, face à une mère en grande détresse et un père violent, font preuve d'une hypermaturité apparente, une hypervigilance aux besoins de l'adulte dans un effacement de leurs propres besoins. Il se produit comme une inversion des rôles : face à un parent qui ne peut jouer ni son rôle de protection ni son rôle de soins, l'enfant devient le protecteur et le soignant de son parent.

Toujours à l'écoute d'autrui, l'enfant ne se nourrit plus mais dans son besoin d'amour il reste à l'affût pour satisfaire le parent terrifiant ou malheureux. Il devient « hypermature » dans la gestion des affects et des besoins d'autrui, mais reste infantile et bipolaire dans son développement affectif. (Robert Ouvray, 2008, p.178)

Cette hypervigilance aux besoins de l'adulte peut se traduire par un besoin permanent d'être avec le parent victime. « Si je ne suis pas là, que va-t-il arriver ? Maman pourrait mourir. » Cette inquiétude permanente a des retentissements notamment à l'école, où l'enfant peut montrer des difficultés d'attention, difficultés scolaires. Comment se concentrer quand on sait que sa mère est en danger ? Quand on vit avec une mère qui a peur, et un père dangereux ? Revenons à notre jeune Sarah, qui semble présenter un état de dissociation.

Sarah, avec ses absences et ses craintes, a l'air très envahie. Son esprit est tout entier tourné vers sa situation et celle de sa mère, leur insécurité. Il ne lui est pas possible, dans ces conditions, d'être suffisamment disponible pour de quelconques apprentissages. Séparée de sa mère, à l'école notamment, elle ne peut penser à autre chose que ce qui pourrait lui arriver en son absence. Nous notons en particulier un retard au niveau de l'écriture. Pour légendier son dessin, cette petite fille a eu besoin d'un modèle même pour les mots les plus simples.

4.4 Phénomène de répétition de la violence

« *La violence s'apprend avant tout à la maison, dans son corps, sa chair et sa vie.* »

E.Piet (Sénat, 2017)

Si elle n'est pas élaborée, parlée, pensée avec les victimes et co-victimes, la violence a tendance à se répéter. Une étude effectuée en 2011 sur des mineurs agresseurs sexuels, violeurs et criminels de sang illustre ce phénomène. 90% d'entre eux étaient maltraités, 30% ont été agressés sexuellement. 65% de ces jeunes ont vécu l'abandon par un ou leurs deux parents, et 60% étaient des enfants ayant été témoins de violences physiques de leur père sur leur mère. (Sénat, 2017)

En France, une femme sur dix est victime de son compagnon. Les proportions sont multipliées par trois si la victime a été battue dans l'enfance, et par cinq si elle a été agressée d'une façon ou d'une autre. (Sénat, 2017) De plus, en France chaque année, selon une estimation « *140 000 enfants sont exposés à des violences conjugales* » (Salmona, 2018). Tous ces chiffres appuient à nouveau un peu plus la nécessité pour les acteurs de soin d'avoir systématiquement en tête les violences intrafamiliales lors d'une nouvelle rencontre, et même après.

IV - Au feu les pompiers : psychomotricité ?

Nous avons défini la violence, ses contours, *a minima*. Nous avons ensuite exploré les conséquences de la violence, en tant que traumatisme d'abord, puis ses répercussions à plus long terme sur le développement de l'enfant. L'urgence de ce sujet est posée. Mais qu'en est-il de la clinique, du repérage et de l'accueil concret de ces enfants et de leurs familles ?

Je rencontre le petit Mehdi et sa maman au sein de la PMIa, un mercredi matin début décembre 2020. Mehdi a alors 10 mois. Il a été adressé à Isis par la puéricultrice de la PMI, parce qu'il est « tendu et crie beaucoup en crèche ». L'hypothèse posée par le lieu d'accueil, nous apprendra Madame, est que l'enfant est inquiété par la nouvelle grossesse de sa maman. En effet, celle-ci attend un deuxième enfant, dont la naissance est prévue pour le mois d'avril. Voilà les informations dont je dispose juste avant la consultation.

Mes premières impressions ? La mère est jeune, elle n'est pas beaucoup plus âgée que moi. Elle semble quelque peu intimidée, mais volontaire. Le petit, lui, est alerte, il regarde tout autour de lui, très attentif à ce qui se raconte. Il m'émeut d'emblée : je le trouve « très mignon » d'après mes notes. Il ne crie pas du tout.

1 - Repérage : un facteur à avoir en tête

1.1 Question systématique aux parents

Au cours de l'entretien d'anamnèse, ou pendant une consultation, le psychomotricien rencontre le patient / sa famille. Ceux-ci présentent les difficultés ou troubles qui les ont

menés à consulter, racontent le parcours médical s'il y en a un, le contexte actuel de vie. Ils disent ce dont ils ont besoin, ce qui leur vient, puis le professionnel oriente ses questions, demande des précisions si besoin. Chaque nouvelle rencontre est une nouvelle page blanche. En tant que thérapeutes, nous avons en tête toutes les possibilités, tous nos outils de compréhension. Avant de poser des hypothèses, nous écoutons et observons. Nous adaptons et affinons notre position en fonction des informations données. À chaque trouble, aussi pour le différencier d'un autre, nous avons appris à lier une étiologie, à la rechercher. À quand remonte l'apparition des troubles, ses difficultés résonnent-elles à tous niveaux de la vie du patient, telle ou telle fonction est-elle également affectée ? En ce qui concerne les situations de violences intrafamiliales, le raisonnement est le même : il s'agit d'une étiologie possible de nombreux troubles retrouvés en consultations de psychomotricité. Nous devons donc toujours l'avoir en tête, jusqu'à ce qu'elle ait été écartée. L'urgence vitale pour les victimes explique ensuite que la question soit systématiquement posée, au sein d'une structure d'accueil comme la PMI, sur un secteur aussi mobilisé contre les violences.

Isis et moi sommes allées chercher Mehdi et sa mère dans l'espace d'attente, et les guidons vers la petite salle. Isis passe devant, et j'entre en dernier pour refermer doucement la porte. En même temps que la mère s'assied sur un fauteuil sur la droite, je me dirige vers la gauche pour m'asseoir et Isis me présente. Je suis sa « stagiaire, étudiante en dernière année pour faire le même métier » qu'elle. Nous sourions sous nos masques, tout le monde est présenté. Pour ne pas être deux côté à côté à faire face à la mère, je m'installe légèrement de biais et en retrait par rapport à Isis. C'est elle qui mène la danse pour commencer. J'observe, réponds aux regards de la mère et de l'enfant s'il y en a ; ma maître de stage m'inclut dans la conversation en me regardant aussi, c'est elle qui guide mais la relation est triangulaire. Je m'efforce d'être disponible et dans une

présence contenante pour la famille. Face à cette femme et son fils, je me sens calme, à l'aise, à ma place, emplie d'une grande douceur envers eux.

La psychomotricienne commence la consultation par quelques questions posées systématiquement : nom et prénom de l'enfant, adresse et coordonnées téléphoniques du parent présent, date de naissance, terme ou prématuroité, poids de naissance et périmètre crânien si prématuroité (données statistiques récupérées par le département), fratrie, et enfin d'où vient l'indication. Une fois ces informations consignées sur une fiche, vient la question de la raison de la consultation. En nous expliquant les inquiétudes de la crèche, la mère dévoile peu à peu ses propres angoisses : cette seconde grossesse n'était pas prévue, elle est vécue comme grandement prématuroée. « C'est trop tôt, il est encore trop petit (Mehdi ndlr)... ». Mme craint que l'arrivée du prochain enfant soit dure, qu'elle ne puisse pas gérer, et a peur de devoir accoucher par césarienne. Toutes ces inquiétudes qui pèsent sur cette grossesse nous questionnent. Isis entreprend de rassurer la mère, et de lui expliquer qu'anticiper les difficultés suffit à rendre les événements difficiles : c'est l'effet Pygmalion¹⁶. Elle poursuit en soutenant la jeune femme pour trouver le positif dans l'arrivée si proche d'un second enfant : « Mehdi est encore petit, oui, mais justement vous êtes déjà dans le rythme pour les couches, les repas ... Vous aurez moins de réajustements à faire ! »

Au fil de l'entretien, nous comprenons que le couple parental vit au domicile des parents de Mme, dont la mère se réjouit de la nouvelle grossesse.

Qu'en est-il du mari dans tout ça ? Décrit peu compréhensible, il s'agace du bruit jugé excessif que fait le petit ... Signal d'alarme. Isis oriente les questions, et nous découvrons que bien au-

16 L'effet Pygmalion : Dans la mythologie grecque, Pygmalion est un « Roi légendaire de Chypre. Amoureux d'une statue qu'il avait lui-même sculptée, il obtint d'Aphrodite qu'elle donnât vie à la statuette, et il l'épousa. » *Le Petit Larousse illustré 2012*. L'effet Pygmalion veut que plus nous pensons, en terme de désir ou crainte, à un événement, plus il est probable qu'il se réalise. La façon dont nous envisageons une situation oriente son déroulé.

delà de ne pas soutenir la mère de son enfant, il la dévalorise, l'insulte. « Qu'en dit votre famille ? » Réponse : « Il faut l'ignorer. »

1.2 Réaction en cas de découverte de violences

À ce stade de la consultation, nous comprenons que nous sommes face à une situation de violences conjugales très vraisemblablement, voire à une situation de protection de l'enfance. Et l'enfant commence à s'éveiller, à remuer. Son hypervigilance a diminué, il est prêt à aller explorer son environnement, à bouger. Je propose alors d'installer le grand tapis au sol pour qu'il puisse jouer. Isis va lui chercher un bus en plastique à faire rouler, avec les personnages qui vont avec. Elle commence à le lui présenter, je prends rapidement le relais. De cette façon, l'enfant est contenu et sécurisé par mon attention et ma présence au même niveau que lui, pendant qu'Isis peut approfondir son échange avec la mère. Je reste au sol avec le petit jusqu'à la fin du rendez-vous.

Mme admet que son mari est parfois violent physiquement avec elle, il la frappe et la pousse, même enceinte. Ma maître de stage va chercher le Violentomètre¹⁷ et une collègue pour l'épauler. L'introduction de cette troisième soignante est justifiée par le fonctionnement en équipe de la PMI, et par sa connaissance plus fine des structures d'aide appropriées aux situations de violences. Cette même collègue nous apportera plus tard l'historique de la jeune femme, dont le nom lui était familier. Elle est bien connue de la PMI, au même titre que l'ensemble de sa fratrie, pour des faits de violences graves dont ils ont été victimes enfants.

Cet extrait clinique nous permet d'observer la réorganisation de la consultation, dès lors que la situation de violences conjugales est avérée. Grâce aux signaux d'alarme repérés, le

17 Cf. *Infra* IV 1.3 Le Violentomètre

thérapeute oriente ses questions et se fait le plus accessible et ouvert possible à toute réponse de la mère. Le but est que celle-ci se sente suffisamment en sécurité et au-delà de tout jugement, pour pouvoir répondre. Dans cette situation, l'enfant est très jeune, et donc installé sur les genoux de sa mère. Voyant qu'il s'anime, et profitant du fait que nous sommes en binôme, la solution la plus confortable pour continuer à échanger avec la mère, est d'installer le petit au sol, avec moi. Cela ne signifie pas sa mise à l'écart, Isis comme moi restons disponibles à l'ensemble de la consultation, mais la mère comme l'enfant sont contenus plus spécifiquement par l'une de nous.

Une fois cette installation mise en place, Isis énonce très rapidement une première phrase. « *Il n'a pas le droit de vous faire ça, vous n'y êtes pour rien, nous allons vous aider à vous en sortir.* »

Face aux violences, la première réaction a un poids conséquent. Surtout dans une situation comme celle-ci, dans laquelle visiblement en dehors du cercle familial, nous sommes les premières à qui la femme raconte ces violences. L'impératif est de rappeler la loi, l'interdit à la fois au parent mais à l'enfant aussi (Durand, 2013). Puis « vous n'y êtes pour rien » : remettre la culpabilité dans le bon sens¹⁸. Et enfin, il s'agit d'ouvrir des perspectives, de faire savoir à la femme victime qu'il existe des solutions, qu'elle n'est pas seule, que nous allons pouvoir l'aider.

Il semble évident que l'agresseur transgresse un interdit par sa violence, et que la victime n'y est pour rien. Pourquoi alors le rappeler ?

Nous avons étudié la stratégie de l'agresseur, et évoqué les phénomènes qui enferment la victime dans le système de violences mis en place par l'agresseur. E. Durand, magistrat français expert sur les questions des violences intrafamiliales, raconte comment l'intervention d'un tiers, qui a nommé les violences et dit leur interdit, a permis à une femme de se mobiliser contre ce qu'elle subissait.

18 Cf. *Supra* II 1.3 La stratégie de l'agresseur

À sa façon, cette femme a mis en évidence que l'intervention d'un tiers (ici la « télé ») lui a été nécessaire pour penser la transgression de la loi (nommer le viol) et donc tout à la fois la légitimité de refuser de subir cette transgression et la possibilité d'envisager une autre vie possible : la signification de la loi et de la transgression par le tiers précède et rend possible le refus de la victime, sa restauration comme sujet et sa mise en mouvement. (Durand, 2013, p.66)

Il est donc impératif, face à une victime de violences conjugales, de désigner les violences conjugales comme telles, ce qui permet également de remettre dans l'ordre la place de chacun : victime, agresseur, et le tiers prenant position contre cette situation. (Durand, 2013)

S'appuyer sur l'interdit de la loi permet, en outre, de ne pas laisser place au doute, et d'introduire une interdiction franche, posée par l'autorité du pays. Il ne s'agit pas seulement de parler selon ses propres valeurs, mais de s'appuyer sur la législation.

Cette importance de poser les bons mots, et de nommer la violence, est primordiale pour une prise de conscience du côté de la victime, mais également pour l'enfant. L'enfant co-victime est pris dans une situation, entre ses deux parents, qui ne lui permet pas de trancher, de voir clair, de saisir clairement les enjeux et les fautes. Ne pas nommer les violences comme telles, ou encore les minimiser par le contexte socio-culturel renvoie à l'enfant l'absence d'interdit. Si personne ne dit que c'est interdit, c'est que ça ne l'est pas. (Durand, 2013) (Dusfour, 2020)

1.3 Le Violentomètre

Le Violentomètre¹⁹ se présente sous la forme d'une règle graduée. En 2018, l'Observatoire des Violences envers les femmes s'est inspiré d'un outil créé en Amérique latine pour le mettre au

19 Cf. *Infra*, Annexe 1 p. I

jour. Il s'agit d'un outil d'auto-évaluation des violences au sein du couple : 23 situations sont inscrites, graduées selon qu'elles sont signe d'une relation saine (en vert), inquiétante (en orange) ou dangereuse (en rouge). (Observatoire des violences envers les femmes, 2019)

En consultation, il permet bien sûr au thérapeute d'évaluer la situation, et de soutenir l'échange pour comprendre les enjeux spécifiques, l'exposition des enfants, la régularité et l'intensité des violences. Mais il sert également de repère précis, avec des mots simples et choisis, pour soutenir les femmes dans leur témoignage et les mener vers une prise de conscience du danger qu'elles encourent.

Le Violentomètre a permis ici de préciser l'étendue des violences vécues par la jeune mère, dont la description était jusqu'alors relativement imprécise. Il s'avère que son mari crie, la frappe, réclame des photos d'elle nue, n'accepte pas ses proches, lui fait du chantage, la viole, l'insulte. Bien souvent, le petit est dans la pièce, en revanche les violences sont perpétrées à huis clos, dans la chambre du couple. Malgré tout, la famille de Mme semble au courant de la situation, et comme pour les insultes, lui préconise de patienter.

2 - Accompagnement vers la protection

2.1 « Protéger la mère, c'est protéger l'enfant »²⁰

Face à la découverte d'une situation de violences conjugales, nous avons décrit les mots qu'il est important de poser sur les faits, la posture d'accueil sans jugement du thérapeute, et la réorganisation immédiate de la consultation. Tout à coup, les violences prennent le pas sur le motif de la consultation, quel qu'il soit. Les éventuelles difficultés de l'enfant deviennent donc

20 Titre d'un ouvrage d'Edouard Durand, paru en 2013 chez l'Harmattan

également secondaires. Ne sont-elles pas pourtant le motif premier de la rencontre avec le thérapeute ?

Dans n'importe quelle situation de soin, la priorité est donnée aux urgences vitales. Tant que celles-ci ne sont pas repérées et accompagnées, le reste semble bien superflu. Une situation de violences conjugales est une urgence vitale, et requiert l'attention de toute équipe soignante en priorité. La mère victime, comme l'enfant, sont physiquement en danger, quotidiennement. Pour ce qui est des difficultés de l'enfant qui motivent la consultation, nous avons établi la variété de troubles que peut engendrer un contexte violent²¹. Avant de pouvoir déterminer si les troubles sont réactionnels ou constitutifs, il est indispensable que l'enfant soit éloigné des violences.

La mère victime a un rôle de choix dans cet éloignement : avec le soutien nécessaire, c'est elle qui peut emmener son enfant en sécurité. C'est également à elle qu'il revient de lancer les démarches judiciaires nécessaires, pour obtenir entre autres des mesures d'éloignement, la garde de l'enfant. Par la prise de conscience de sa situation et du danger qu'elle encourt, l'objectif est également de rendre à la mère une position actrice.

Une fois protégée, la mère peut à nouveau offrir à l'enfant un environnement stable et contenant. Nous avons posé des bases relationnelles du développement psychomoteur²² de l'enfant, qui nous permettent de faire ici ce lien entre mère sécurisée et développement de l'enfant favorisé.

Il est toujours impressionnant de constater si fréquemment cette récupération psychomotrice rapide chez des enfants qui ont subi de graves traumatismes, ce qui n'exclut évidemment pas les conséquences psychoaffectives sévères, inscrites dans des histoires chaotiques gravissimes. (Potel, 2015, p.71)

21 Cf *Supra*. III – 4 - Effets ricochet sur le développement psychomoteur

22 Cf *Supra*. I – 4 - Notions autour du développement psychomoteur ordinaire

Cette citation de C. Potel appuie encore l'idée que la protection de l'enfant est indissociable de la protection de la mère. L'auteur décrit ce phénomène dans le cadre de la mise en place d'un accompagnement thérapeutique pour l'enfant, qui induit un changement de posture des adultes responsables du petit humain. Une fois mis en place l'accompagnement approprié, la récupération pour l'enfant est quasi immédiate, en terme de psychomotricité. La précision ici apportée sur les séquelles psycho-affectives du traumatisme soulignent que l'éloignement physique des violences ne suffit cependant pas, un long travail d'accompagnement et de soutien est ensuite nécessaire pour la mère et l'enfant.

2.2 Travail en réseau

Pour sortir d'une situation de violences conjugales, de nombreux facteurs sont à prendre en compte, d'autant plus si il y a des enfants. Il ne suffit pas à la victime de s'éloigner de son agresseur, même si cela reste la plupart du temps la première étape cruciale. Il va généralement lui falloir lancer une action judiciaire pour être protégée par la loi, mais elle aura également besoin de soins, pour elle et ses enfants, afin de surmonter les traumatismes subis. Parmi les violences, nous avons nommé les violences économiques : souvent, les femmes victimes n'ont pas de revenus, il va alors falloir demander un logement social, et trouver un travail. Le parcours est long et difficile.

Ces démarches, dont la liste est loin d'être exhaustive, font entrer en jeu de nombreux acteurs différents, aux niveaux judiciaire, social, médical. Pour assurer une continuité et offrir un réel système de soutien à la victime, il semble nécessaire que tous se connaissent et soient ouverts à la collaboration. Une coordination parfaite reste bien idéale, cependant un travail en

réseau est nécessaire. De l'expérience que j'ai eue en clinique, l'avocat de la victime peut assurer ce lien entre système de soin et actions judiciaires.

2.3 Guider vers les structures et démarches adaptées

Nous l'avons évoqué dans le récit de la consultation de Mehdi et de sa maman. Une fois les violences repérées et évaluées, lorsque la mère semble avoir compris le danger dans lequel elle et son enfant se trouvent, la thérapeute va orienter la mère vers des structures d'aide d'urgence et d'accompagnement. Ce sont ces associations et organisations qui vont pouvoir ensuite trouver un hébergement d'urgence, soutenir dans les démarches judiciaires et la sortie de la violence.

En tant que soignants, à ce niveau-là, il nous faut donc connaître un minimum les acteurs d'aide pour les victimes dans notre secteur.

Plus d'un mois après notre rencontre avec le petit Mehdi et sa maman, Isis me donne de leurs nouvelles. Elle les a revus, entre deux consultations, à l'occasion d'un rendez-vous pour les vaccins du petit. Et les nouvelles sont bonnes ! Suite à notre rencontre, à peu près un mois plus tard, Mme a quitté son domicile. Elle est désormais logée par le 115, numéro national d'assistance pour les personnes sans logement. Le soir, elle appelle et est orientée vers un hôtel plus ou moins loin. Sa situation est donc encore précaire à ce niveau-là, en revanche elle a toujours un travail et le petit n'a pas changé de crèche. La jeune femme est également en lien avec une assistante sociale. En ce qui concerne la relation entre la mère et l'enfant, elle est apaisée. La jeune mère est plus sereine, elle regarde davantage Mehdi, qui lui-même se porte bien. Isis ajoute, avec un grand sourire, que la jeune femme a parlé de moi en évoquant le

rendez-vous précédent. « Elle est bien, la jeune ! » Pour le moment, Mehdi n'a pas besoin d'être accompagné spécifiquement en psychomotricité. Il poursuit son suivi au sein de la PMI, dont toute l'équipe connaît son histoire. Et son petit frère ou sa petite sœur y sera sûrement accueilli aussi d'ici peu.

3 - Accompagnement de l'enfant

3.1 Mise en sens, mise en mots

Nous retrouvons le petit Mehdi, au cours de la consultation évoquée plus haut.

Au début de la consultation, Mehdi est sur les genoux de sa mère. Au fil de la discussion, le petit n'est pas ignoré : nos regards se posent régulièrement sur lui, nous répondons à ses sourires et sollicitations. Lui est très attentif à la conversation, dont Isis prend soin de lui répéter certains éléments de manière simplifiée. Son histoire familiale, le contexte violent qui est décrit et nommé comme tel au fil de la discussion, la « vérité » qui lui est racontée vont lui permettre de se détendre tout au fil de la consultation. J'observe cette détente dans son corps, dans son attitude : s'il reste très attentif, il est moins en alerte, son niveau tonique semble diminuer. C'est comme s'il nous disait, corporellement, que son niveau de vigilance n'avait plus besoin d'être aussi élevé, qu'il était enfin compris et en sécurité.

Ce phénomène de relâchement observé chez l'enfant auquel son histoire est mise en mot, auquel un contexte familial compliqué est enfin reconnu et dit, a été décrit par W. Barral, psychanalyste formé notamment par la pédiatre et psychanalyste française F. Dolto.

Tandis que je parlais aux parents de manière à leur permettre à eux aussi de retrouver leur sécurité de base, le petit Samuel a dormi profondément pendant deux heures. Je m'occupais de materner sa mère et son père et lui pouvait enfin se reposer : c'est épuisant, pour un bébé, de s'occuper de ses parents ! (Barral, 2018, p.41)

Pour rappel, Mehdi est un petit garçon de 10 mois qui est adressé à la psychomotricienne pour tensions et cris excessifs. En accueillant sa mère et cet enfant le plus ouvertement possible, en écoutant à la fois la requête initiale et son potentiel sens caché, nous découvrons le récit d'une femme victime de violences graves, et d'une mère inquiète pour son fils qui vit ces violences quotidiennement, en témoin sensoriel. L'enfant est attentif à ce récit, il observe, écoute, enregistre. La thérapeute prend le temps, pendant sa discussion avec la mère, de regarder l'enfant et lui répéter avec des mots simples, sans détour, certains éléments de son histoire. L'enfant voit sa mère écoutée, accueillie, entendue, en même temps qu'il se sent écouté, accueilli, entendu. Il sent la disponibilité de la thérapeute. Il sent son intention de mettre fin à cette situation, de protéger la mère et l'enfant. W. Barral le dit : « *tous les bébés comprennent ce qu'on leur dit quand on leur parle des vérités qui sont vitales pour eux* » (Barral, 2018, p.40). Mehdi nous le montre de manière flagrante au cours de cette rencontre.

Le rôle endossé par le thérapeute, ici, est de digérer le récit du quotidien violent vécu par la femme et son enfant, avant de le restituer à l'enfant avec des mots choisis, plus simples, en appuyant sur les émotions et les affects ressentis. W. Bion (2003) décrit ce processus sous le nom de fonction alpha, endossée par le parent pour symboliser ses ressentis primitifs à l'enfant, qui n'a pas la capacité de le faire lui-même. Avant de détailler la fonction en elle-même, définissons ses deux éléments principaux.

Les éléments bêta sont les « choses en soi », les éléments bruts du monde réel, non intégrés, non digérés par le sujet. Ce sont les impressions sensorielles brutes. Les éléments alpha correspondent aux impressions sensorielles assimilées par le psychisme, elles ont été organisées et sont réutilisables. Plus une expérience est intégrée, digérée par le sujet, plus le sujet a la capacité de penser, de digérer.

La fonction alpha est prise en charge, si tout se passe bien, par le parent au début de la vie du nourrisson, quand lui-même n'a pas la capacité de traiter toutes ses sensations. Ainsi, les ressentis plus ou moins violents du nourrisson, la faim, la colère, les pleurs, les rires, sont recueillis par le parent. Celui-ci utilise ensuite sa propre capacité de penser, de rêverie, pour offrir à son enfant une interprétation de ces ressentis perçus. « Quelle grosse colère, oui tu pleures très fort, tu as très faim. Ton ventre te fait mal, il est dur dur, méchant ventre, tu as faim mon bébé. » Petit à petit, l'enfant se crée un stock d'éléments alpha, qui lui permettent de comprendre le monde, ses sensations, et de séparer peu à peu ce qui vient du dehors et ce qui vient du dedans. Pour l'enfant, c'est une étape indispensable pour forger sa propre capacité de penser, et prendre en charge sa fonction alpha par la suite. Pour le parent, c'est une autre façon de porter psychiquement l'enfant.

Au-delà du parent, le thérapeute reprend souvent cette fonction pour son patient. Dans notre situation, face au petit Mehdi, c'est exactement ce processus qui est à l'œuvre lorsque nous reprenons des mots simples pour lui narrer les violences et la façon dont il peut les percevoir. « Papa, dans la chambre, il a attaqué Maman ?! Et parfois il la frappe, il la pousse, il crie. Ça fait très peur ça ! Toi tu entends tout ça, tu vois parfois, ça fait très très peur, ce n'est pas rigolo du tout ! »

3.2 Par le dessin ou le jeu, soutenir la symbolisation

Nous avons évoqué le psycho-traumatisme de manière générale, précisons tout de même qu'il en existe certaines particularités chez l'enfant. Nous avons établi que la cause du traumatisme ne peut pas être définie ou délimitée dans la mesure où elle dépend de l'individu, de sa structure psychique et de sa subjectivité. Il est donc aisé de faire le lien, pour l'enfant, avec son stade de développement. De plus, la grande malléabilité des enfants due à l'immaturité de leur développement, rend l'impact et les séquelles du traumatisme d'autant plus importants et profonds. (Josse, 2011) Nous pouvons ajouter à ces spécificités le moindre accès au langage, qui affecte la symbolisation et la mise en sens du traumatisme. La verbalisation n'est pas toujours possible, et le thérapeute peut être limité dans sa mise en mots face à un jeune enfant. Il doit alors faire preuve de créativité et trouver d'autres outils pour découvrir les souvenirs traumatisques de son jeune patient.

Il est bien primordial d'aborder avec l'enfant ses souvenirs. Il est fréquent, je l'ai vu souvent en consultations, qu'ils soient bien plus précis et vivaces que le parent ne l'imagine. La plupart des mères peuvent décrire les violences qu'elles subissent devant leurs enfants, et lorsque nous leur demandons si les petits le savent, elles répondent : « Non, ils ne savent pas. Ils ne se souviennent pas. » Alors même que les enfants ont tout vu et entendu le témoignage de leur mère. Je repense à ces frère et sœur, qui racontaient un souvenir particulièrement effrayant. « Papa l'a attaquée, et il y avait du sang. Maman saignait, là, au doigt. » Nous nous tournons vers la mère, qui, en larmes, secoue la tête : « Je ne sais pas, je ne me souviens pas. » Les enfants ajoutent un détail, et le visage de la mère s'éclaire, elle se souvient. Cette histoire n'est pas unique. En cas de traumatisme, les enfants se souviennent, même de ce qu'ils ont vécu

tout petits, et avec moult détails. Les sensations, les éprouvés, la sensorialité, les objets et personnes présentes, leur position ... tout est très vif dans l'esprit des enfants.

« *Nier la souffrance d'un enfant revient à nier sa personne.* » (Robert Ouvray, 2007, p.117)

S. Robert Ouvray évoque les deux grandes familles, ou pôles opposés, du négatif et du positif en termes sensoriels. Dans la famille du négatif nous retrouvons les notions du « *corps tendu, de la haine, [...] du non-amour, [...] du malheur, de la rage, du désespoir, de la dévalorisation, [...] de la mort.* » L'auteur précise ensuite « *Les dessins d'enfants sont assez suggestifs à cet égard : les méchants sont le plus souvent noirs et bardés d'armes tranchantes et piquantes.* » Nous retrouvons tout à fait ces symboles-là dans les dessins d'enfants témoins de violences conjugales. (Robert Ouvray, 2008, p.88-89)

Inès

Inès est la sœur aînée de Rudy. Je la rencontre au sein de la PMIb , lors du premier rendez-vous avec la fratrie, elle a 6 ans. Pour cette consultation, nous recevons la mère et ses trois petits.

Isis et moi commençons par tous les accueillir ensemble, puis lorsque leur histoire a été contée, à deux voix (la mère et Isis qui reprend par moments) en guise d'anamnèse, nous nous séparons. Il apparaît rapidement, en effet, qu'Inès a besoin d'être accompagnée dans sa gestion de ses souvenirs des violences. Isis lui propose donc de s'installer derrière le bureau et de dessiner avec elle. Je reste pendant ce temps-là au centre de la pièce, avec le petit Rudy et la benjamine.

Isis demande à Inès de lui raconter un mauvais souvenir, celui qui lui fait le plus peur. La petite fille raconte, en détails. Isis soutient sa verbalisation, par des questions, sans jamais choisir les mots à la place de l'enfant. Guider, sans dicter. Puis Isis lui propose de dessiner son souvenir,

en le légendant de ses émotions, de sa peur. Maman est allongée par terre, le père est debout, menaçant, tout puissant. « J'ai peur que maman est morte. » Les enfants sont tous les trois autour de la mère. Ils pleurent. La pièce est représentée avec moult détails, objets. Tout est là.

Sarah

Nous retrouvons Sarah, notre jeune patiente en état dissocié. Lors de notre rencontre, la petite fille évoque sa peur comme étant encore d'actualité, malgré la séparation de ses parents et son éloignement géographique. Nous découvrons rapidement que la peur vient de ses visites médiatisées avec son père²³. Étant donné sa dissociation, il est difficile de faire un lien, avec Sarah, entre l'émotion qu'elle dit et ce qu'elle ressent et montre dans son corps. Isis propose alors que Sarah nous dessine une visite médiatisée, et écrive les insultes qu'elle nous raconte. Si dans la salle d'attente Sarah a pu faire usage de nombreuses couleurs sur son coloriage, le dessin de la visite médiatisée est noir et bleu marine uniquement. Son père crie, il est dessiné en pointes et traits droits. Sarah est petite sur la feuille. Le dessin est centré, recroquevillé au milieu de la feuille.

Au-delà de l'exutoire offert à l'enfant, et de l'appui de symbolisation du dessin, celui-ci constitue également une preuve à charge. Dans le cas de Sarah, son dessin permet de prouver que la situation est encore dangereuse, que l'enfant se retrouve seule avec son père en visite médiatisée et que celui-ci en profite pour exercer une emprise sur elle. Dans le cas d'une autre petite fille, dont la mère semblait complètement dissociée de la réalité, anesthésiée, le dessin représentant le père, une machette à la main, attaquant la mère, a permis de renforcer le dossier de l'avocat et de protéger la mère et ses enfants. Le dessin seul ne suffit cependant pas, et il est primordial que les commentaires de l'enfant y soient associés. Si celui-ci ne peut

23 Cf. *Supra*. III – 3.2.2 Dissociation

légender soi-même sa production, le thérapeute se doit d'écrire fidèlement les mots de son petit patient. À nouveau, il importe que les mots soient ceux de l'enfant, et non ceux de l'adulte. J'en ai fait l'expérience lorsque lors d'une consultation avec deux jeunes frères, Isis s'est absenteé pour rédiger le compte rendu des violences avec le médecin.

Je me suis retrouvée seule avec les petits. J'ai continué le travail de récit de mise en dessins de leurs traumatismes, seulement je devais faire un réel effort pour soutenir la verbalisation de l'enfant sans terminer ses idées, sans mettre mes mots et mes représentations dans sa bouche.

Cette phrase, « mettre mes mots dans sa bouche », me perturbe lorsque je me surprends à l'écrire. Ces deux jeunes frères, que nous avons reçu en pensant accueillir deux enfants co-victimes de violences conjugales graves, se sont révélés être victimes d'inceste. Souvent, l'arbre cache la forêt et les violences s'étendent bien au-delà de violences dans le couple. D'où l'importance pour le thérapeute de rester ouvert dans sa posture et son accueil des récits de ses patients.

Certaines situations de violences sont très complexes, et entraînent une grande confusion de la place de chaque au sein de la famille, et entre agresseur et agressé. Dans ces cas de confusion dans le récit de l'enfant, qui peut être due également au jeune âge du patient, le dessin ne sera pas un support suffisant. J'ai pu observer Isis recourir alors au jeu : figurines en mains, elle raconte ou co-raconte les violences, avec l'enfant. L'histoire est alors figurée à l'enfant, simplifiée et dans le bon ordre. Cela permet de créer une représentation des événements pour le petit patient, qui peut ensuite se saisir du jeu et être acteur de la représentation.

3.3 Puis aborder les symptômes résiduels

Par symptômes résiduels, j'entends les troubles qui persistent une fois que l'enfant est en sécurité et que le psycho-traumatisme a été travaillé et dépassé. Parmi ces troubles, nous retrouvons une très large gamme, puisque nous l'avons vu, le psycho-traumatisme du jeune enfant peut affecter toute étape de son développement. Plutôt que de dresser une liste exhaustive des troubles possibles, ou de lister les médiations à la portée du psychomotricien, je vais ici proposer des liens entre la clinique que j'ai exposée tout au long du mémoire, et que j'ai découverte durant cette année de stage, et mon projet professionnel, la médiation équine. Je m'appuierai sur mes expériences de terrain, à savoir mon second stage long de cette dernière année d'études, auprès d'une psychomotricienne pratiquant cette médiation, et mon travail de bénévole au sein d'une association d'équitation adaptée²⁴.

3.3.1 Le cheval : immersion dans un monde sensible et sensoriel

Le cheval est un animal porteur de nombreuses symboliques. Qu'il soit petit poney ou grand cheval de trait, cet équidé a une aura qui le rend imposant. Son calme, sa douceur, sa chaleur, tous les sens que sa présence met en éveil, laissent une grande impression sur l'être humain qui s'en approche. De nombreuses qualités spécifiques nous intéressent.

Le cheval est un animal grégaire, ce qui lui permet une protection contre les prédateurs. Il cherche en l'autre l'assurance d'un guide sûr de lui, qu'il pourrait suivre. Au sein du troupeau, chaque cheval fait attention, à la fois à l'environnement pour repérer d'éventuels dangers, et

²⁴ L'équitation adaptée est à distinguer de l'équithérapie ou médiation équine : elle est un loisir adapté au handicap des cavaliers, et non patients, que nous recevons. Sa visée n'est pas thérapeutique, même si comme tout sport elle peut avoir d'importants effets bénéfiques en parallèle. C'est sur ces apports-là que je vais m'appuyer ici.

au langage corporel de ses congénères, qu'il suit. Particulièrement vigilant au corps de l'autre, cet animal agit en véritable miroir : le moindre geste, le plus petit changement de posture sera perçu et entraînera une réaction. Voilà un intérêt clinique du travail en médiation équine : l'animal se fait miroir des émotions et états psycho-corporels du patient. Un réel dialogue tonique s'installe entre patient et animal, et trouver le bon accordage, décrypter le langage et les codes de l'animal consiste un véritable enjeu. C'est également la source d'une grande fierté pour nos patients ! Cécile est une patiente adulte, déficiente intellectuelle, pour laquelle la régulation des émotions est difficile. Elle s'exprime et se fait comprendre, mais sans mots, dans une forme de gromelot²⁵. À travers sa relation avec une jeune jument, à la fois vive et sensible, nous avons pu améliorer cette régulation. Aujourd'hui, lorsque l'excitation monte, ou que la jument surprend Cécile, celle-ci n'est plus désorganisée : elle se tourne vers moi, jargonnant pour commenter la réaction de la jument. À l'inverse, tout au long de l'année, dès que Cécile montrait des signes d'anxiété ou d'émotions fortes, j'ai pu nommer ces émotions, les expliquer à la jument en soulignant le calme dont l'animal faisait preuve. Cela a offert à Cécile un recul par rapport à ses propres états tonico-émotionnels, et ancré la jument dans son rôle de soutien protecteur, sécurisant.

Le cheval est un animal sensible, à plusieurs égards. Son statut de proie, malgré la domestication, le rend vigilant au danger. S'il a peur, à cause d'un grand bruit ou un geste trop brusque par exemple, il fuit. Il est extrêmement sensible au toucher, également : il sent l'insecte qui se pose sur sa peau. En sa présence, nous sommes donc plongés dans un monde sensoriel, tant pour nous dont tous les sens sont stimulés, que pour l'animal, dont le corps nous raconte tout, puisqu'il n'a pas les mots. C'est de plus un animal curieux, qui s'intéresse à son environnement et donc aux êtres vivants qui s'y trouvent ! Combien de fois en séances ai-

25 Le gromelot nous a été présenté, en cours d'expressivité du corps, comme un langage propre à chacun, sans aucun mot distinct. Ce langage est rempli de sonorités, intonations, et soutenu par des gestes, il est plein d'intentions.

je pu observer un cheval venir sentir, effleurer de son nez, bousculer un patient un peu trop secret, un peu trop long dans son éloignement. Je souligne alors ce comportement, en fonction de la réaction du patient, comme une curiosité amusante ou une intrusion malvenue. Il revient alors au patient de choisir, entre accueillir ou repousser l'animal : poser ses limites.

3.3.2 Par l'animal, (re)découverte de la relation structurante

« Par son attitude d'écoute apparente, sa capacité d'accordage, sa constance, son absence de jugement, l'animal propose un espace de liberté qui favorise les projections. »

(Bélair, 2020, p.94)

La relation avec l'animal permet une remise en jeu des dynamiques primaires de contenance et de portage, de rejouer les liens primaires jusqu'à la séparation-individuation qui ont été en souffrance et réparer l'enfant blessé en soi. Le cheval est à la fois curieux et autonome, vif et prévisible. Il ne réagit jamais par la violence, mais par l'évitement ou la fuite si besoin. Son calme et sa prévisibilité, ajoutée à sa curiosité et ses capacités d'accordage tonique fines, en font un repère sécurisant et contenant pour le patient. Cette contenance permet de poser, d'apaiser les enfants les plus agités et d'accéder ensuite à la motricité, à la régulation tonique, à l'équilibre, à toutes les fonctions qui peuvent faire défaut dans le développement. Je vois des patients aux pathologies variées, d'un enfant non-verbal sujet à l'épilepsie, à un autre enfant autiste ou des adultes déficients intellectuels, dont la régulation tonique se stabilise de manière flagrante dès lors qu'ils sont devant le cheval avec lequel ils évoluent. Le simple toucher d'un animal, sa présence, permettent l'accès à la détente et soutient la régulation des émotions, face à l'angoisse, l'anxiété, la colère par exemples.

Le transfert correspond au phénomène de projection, pour le patient, de ses propres mouvements psychiques internes sur le thérapeute ou, ici, sur l'animal médiateur. La relation triangulaire ainsi permise par la présence de ce médiateur vivant permet d'aborder les difficultés du patient par le biais de l'animal, et non directement. Ce phénomène est renforcé par la relation avec l'animal, qui place le patient dans le rôle de celui qui soigne le cheval et doit être vigilant à son bien-être. L'enfant en manque de capacités de récupération, dû aux relations précoce insatisfaisantes, peut alors intérioriser cette fonction de « soignant », et accéder au soin de l'enfant blessé en lui. (Barrois et al., 2021)

Je pense à Rudy, par lequel nous avons vu combien l'adulte peut être source de méfiance telle que la relation est coupée, pour la survie même de l'enfant. L'animal offre une relation spontanée et sans attente, sans jugement. L'entrée en relation avec l'animal permet de faciliter l'entrée en relation avec l'adulte, ici thérapeute. L'animal lui fait confiance, et tel un marionnettiste le thérapeute soutient la relation entre l'enfant et l'animal. De plus, le statut de proie et la vigilance du cheval peuvent permettre un transfert particulier pour l'enfant en difficultés relationnelles, qui peut s'identifier à cet être prudent. L'ocytocine est l'hormone du lien, il a été prouvé que lors du contact avec l'animal, après 5 à 25 minutes, sa sécrétion augmente. La mise en jeu de la relation peut être illustrée par le regard. Celui-ci est facilité également avec l'animal. (Bélair, 2020) Je pense à ces cavaliers autistes que j'accompagne au sein de mon association, et pour lesquels le regard avec l'animal est direct, franc, rempli d'émotions positives, alors même que le regard avec un autre être humain est fuyant, méfiant.

Comment alors ne pas penser à Rudy et ses difficultés relationnelles ! Ou encore à ces enfants dont la régulation tonique est coûteuse et insatisfaisante, et à tant d'autres. Autant de liens et d'indications potentielles que je serai libre d'explorer en tant que professionnelle.

Conclusion

La finalisation de ce mémoire conclut également ma dernière année de formation et les stages qui la parcourent. L'heure est au bilan, aux séparations, et à l'ouverture d'un nouveau champ des possibles.

J'ai découvert cette année de nouvelles facettes de la psychomotricité, de nouvelles nuances et mises en œuvre. À travers ce mémoire, j'ai développé la question qui m'est apparue comme majeure parmi mes nombreuses interrogations, celle du lien entre psychomotricité et protection de l'enfance. Mes réflexions et recherches m'ont menée à confirmer mon hypothèse de départ : oui, nous, psychomotriciens, avons un rôle conséquent à jouer dans le repérage et l'accompagnement des enfants (co)victimes de violences conjugales. La violence de leur environnement familial impacte de plein fouet leur être au monde, leur développement psychomoteur. Ces enfants font partie des patients que nous recevons déjà aujourd'hui en consultations. Nous ne sommes cependant pas seuls, nous constituons l'un des maillons d'une chaîne étendue. Notre métier est un métier de liens, entre les différentes facettes qui composent un individu, et aussi les différents acteurs en jeu autour de cet individu.

Les émotions sont au cœur / corps de notre pratique. Au fil de cette année, j'ai appris à affiner mon regard, j'entends de manière bien plus large que le simple sens de la vue. Le corps émotionnel, le lien entre émotions et corps, constitue une de nos bases théoriques principales : le tonus est la toile de fond des émotions ; en découle le dialogue tonico-émotionnel. Nous apprenons à lire entre les mots, dans les gestes, les postures. Mais, nous apprenons aussi à nous connecter à nous-mêmes, à sentir les résonances de ces émotions dans nos corps, et ensuite à différencier ce qui naît de nous et ce qui est de l'Autre résonnant en nous. Cela nous permet de poser ensuite des mots sur les vécus, de proposer des mots s'ils

manquent. Cette lecture si fine et cet appui sur nos propres ressentis m'est apparue de plus en plus clairement au fil de cette année. Petit à petit, j'ai pu entendre et reconnaître ces vécus corporels, ces résonances en moi, et j'ai appris à les écouter.

Avec Sarah, en début de stage, j'ai été envahie par cet inconfort que j'ai décrit : j'y étais sans y être²⁶. Incapable de le transformer, je n'ai pu que le ressentir. Une rencontre différente, il y a quelques semaines. Une petite fille prise au milieu de violences et manipulations, tout est emmêlé. J'oscille entre une posture enroulée plutôt hypotonique, et des redressements posturaux tout en tensions. J'entends également, pour la première fois de l'année dans cette salle, absolument tous les bruits provenant de l'extérieur : les voix des collègues, les bruits de la rue, les pas ... Je fatigue, et en fin de matinée, dès midi j'ai grand faim, ce qui n'est pas habituel. En fin de rendez-vous, je ressens le besoin de respirer : je m'en saisis alors, et propose à l'enfant de grandes inspirations, avec moi. Elle sourit, et nous respirons.

Si j'ai trouvé passionnant et primordial le travail de repérage et d'accompagnement vers la protection que permet le centre de PMI, il me reste un sentiment de frustration. Une fois orientés vers la protection, le soin et le suivi des familles nous échappe souvent. Le traumatisme est profond, et nécessite un suivi spécifique qui n'est alors plus le rôle de la PMI. L'abondance des demandes a imposé à Isis un choix : suivre ses patients de loin en loin en impliquant les parents, pour en recevoir le plus grand nombre. Or, l'année filant, je sens que j'ai besoin de plus. Le suivi de ces patients traumatisés m'intéresse, j'aimerais pouvoir les accompagner plus loin.

Par ailleurs la question de la fonction du symptôme comme signal d'alarme continue de résonner en moi. Dans certaines situations, la détresse de l'enfant est son seul moyen d'alerter

26 Cf. *Supra* III – 3.2.2 Dissociation p.49

sur ce qu'il vit et ce que vit son parent victime. De plus, le trouble et les difficultés de l'enfant servent souvent de révélateur pour la mère qui peut alors prendre conscience des violences qu'elle vit, et réagir. Dans cette optique, quel est le sens d'éteindre ce feu-là avant que l'enfant ne soit complètement en sécurité ?

S'est posée pour moi également la question de la formation : il semble primordial, dans cette optique de repérage et d'accompagnement des situations de violences conjugales, que les professionnels potentiellement concernés soient formés spécifiquement, sensibilisés. Est-ce que le regard du psychomotricien ne représenterait pas une plus-value dans cette optique de formations ?

Autant de nouvelles pistes de réflexion à explorer, peut-être en tant que psychomotricienne diplômée ... Affaires à suivre ?

Bibliographie

Ajuriaguerra, J. de. 1977. *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris, Masson.

American Psychiatric Association, Crocq, M., Guelfi, J., Boyer, P., Pull, C., Pull, M., Aubert, A., & Guilabert, C. (2016). *Mini DSM-5 Critères Diagnostiques (Hors collection) (French Edition)* (3^e éd.). Elsevier Masson.

Ancel, PY, & Rozé, JC. (2015, 01 décembre). *Prématurité, Ces bébés qui arrivent trop tôt*. INSERM. Consulté le 05 avril 2021 sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>

Anzieu, D. (1995). *Le Moi-peau* (2^e éd.). DUNOD.

Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy*, 49(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>

Barral, W. (2018). *Le corps de l'enfant est le langage de l'histoire de ses parents (NE) (Petite bibliothèque Payot)* (Vol. 1). PAYOT.

Barrois, C., Jean, P., Muller, E., & Lebon, C. (2021). « Ce n'est pas l'Antoine qu'on connaît ». *Santé Mentale*, 255, 56-61. <https://www.santementale.fr/2021/02/ce-n'est-pas-l-antoine-qu-on-connaît/>

Bélair, S., (Éds.). (2020). La médiation animale auprès d'enfants victimes ou comment un binôme psychologue / chien peut accompagner un processus résilient. Dans : B. Cyrulnik, & S. Bélair, *L'enfant et l'animal, une relation singulière* (pp. 85-96). Philippe Duval.

Bion, W. R. (2003). *Aux sources de l'expérience (Bibliothèque de psychanalyse) (French Edition)* (5^e éd.). PUF.

Buil, A. (2019). Le psychomotricien en néonatalogie. Dans A. Gatecel & A. Valentin-Lefranc. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices - Fondements, domaines d'application, formation et recherche : Fondements, domaines d'application, formation et recherche (Hors Collection) (French Edition)*. (p.57-68). DUNOD.

Colombo, M. (2013). Le rôle des services de protection maternelle et infantile dans la protection des enfants. *Enfances & Psy*, 3(3), 91-101. <https://doi.org/10.3917/ep.060.0091>

Crocq, L. (2011). Préface. Dans : , É. Josse, *Le traumatisme psychique: Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent* (pp. 9-14). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Cyrulnik, B. (2018). Traumatisme et résilience. *Rhizome*, 3(3-4), 28-29. <https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0028>

Dusfour, K. (Réalisateur). (2020). *Bouche cousue* [Documentaire].

Durand, E. (2013). *Violences conjugales et parentalité, Protéger la mère c'est protéger l'enfant*. L'Harmattan.

Écrisse, V. (2016). *L'harmonie à tout prix*. Amalthée.

Faucher, E. (Réalisateur). (2019). *La Maladroite* [Film]. Storia télévision, LM les films.

Fédération Nationale Solidarité Femmes. (2019, novembre). *Extrait de l'Analyse Globale des données issues des appels au «3919-Violences Femmes Info» Année 2018*. <https://www.solidaritefemmes.org/upload/FNSF-donn%C3%A9es-chiffres%C3%A9es-3919-2018.pdf>

Ferenczi, S. (1934). Réflexions sur le traumatisme. Dans *Œuvres complètes, IV* (pp. 139-147). Payot.

Josse, É. (2011). Introduction. Dans : , É. Josse, *Le traumatisme psychique: Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent* (pp. 15-16). Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.

Les chiffres de référence sur les violences faites aux femmes. (s. d.). Arrêtons les violences.gouv. Consulté le 2 mai 2021, à l'adresse <https://arretonslesviolences.gouv.fr/je-suis-professionnel/chiffres-de-reference-violences-faites-aux-femmes>

Levine, P. (2019). *Réveiller le tigre - Guérir le traumatisme*. INTEREDITIONS.

Lezhari, E. (2020). *Addictions et enjeux de tensions : approche psychomotrice de la gestion du stress et de l'anxiété chez les personnes souffrant d'un trouble de l'usage* [Mémoire de psychomotricité, Université de Bordeaux]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02900365/document>

Millette I., Martel M.J. & Ribeiro da Silva M., (2019). La prématurité. Dans I. Millette, M.J. Martel & M. Ribeiro da Silva (dirs.), *Les soins du développement (ACTIONS CLINIQUES)* (pp. 44-47). HOPITAL STE JUSTINE.

Monty, R. (2000). *Le Cheval sauvage qui venait du désert*. Albin Michel.

Morgan Steiner, L. [TEDxRainier]. (2012, novembre). *Why domestic violence victims don't leave* [Pourquoi les victimes de violences conjugales ne parlent pas] [vidéo]. Récupérée de https://www.ted.com/talks/leslie_morgan_stiner_why_domestic_violence_victims_don_t_leave

Observatoire des violences envers les femmes. (2019, 25 septembre). *Le violentomètre : un outil pour aider à mesurer la violence dans le couple*. Seine Saint Denis. Consulté le 29 mars 2021 sur <https://seinesaintdenis.fr/solidarite/observatoire-des-violences-envers-les-femmes/article/le-violentometre-un-outil-pour-aider-a-mesurer-la-violence-dans-le-couple>

Organisation Mondiale de la Santé, (2021, 9 mars). *La violence à l'encontre des femmes*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Potel , C. (2010). *Être psychomotricien*. Toulouse, France: ERES.

<https://doi.org/10.3917/eres.potel.2010.01>

Potel, C. (2015). *Du contre-transfert corporel – Une clinique psychothérapique du corps (AILLEURS DU CORPS)*. ERES.

Quevauvilliers J., Somogyi A., Fingerhut A. (2007). *Dictionnaire médical*. Paris: Masson.

Robert Ouvray, S. (2007). *L'Enfant tonique et sa mère*. Desclée de Brouwer.

Robert Ouvray, S. (2008). *Enfant abusé, enfant médusé*. Desclée de Brouwer.

Salmona, M. (2013). *Le livre noir des violences sexuelles*. Paris : Dunod.

Salmona, M. (2018). Les traumas des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. *Rhizome*, 69-70(3-4), 4-6. <https://doi.org/10.3917/rhiz.069.0004>

Scialom, P., Giromini, F., & Albaret, J. M. (2011). *Manuel d'enseignement de psychomotricité T1 (French Edition)*. Solal Editeurs.

Sénat. (2017, novembre). *Prévenir et combattre les violences faites aux femmes : un enjeu de société*. <http://www.senat.fr/rap/r17-564/r17-56411.html#toc562>

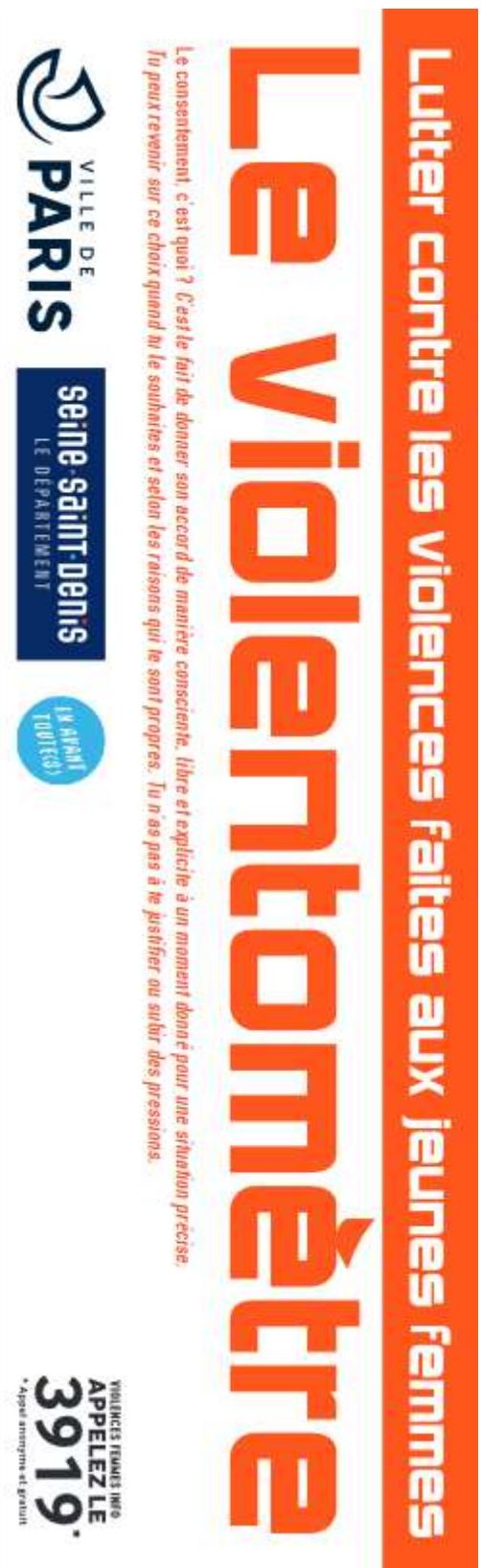
Ventura, A. (2021, 3 mars). *Inceste : c'est "un crime absolument spécifique", estime le juge Édouard Durand*. RTL. <https://www rtl fr/actu/justice-faits-divers/inceste-c-est-un-crime-absolument-specifique-estime-le-juge-edouard-durand-7900004053>

Winnicott, D.W., (1956), « *La préoccupation maternelle primaire* », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, « Petite Bibliothèque Payot », Paris, 1975, 168-174.

Winnicott, D. W. (1967). Le Concept d'Individu sain. Dans D. W. Winnicott, (1988). *Conversations ordinaires* (pp. 23-42). Gallimard.

Annexe

Annexe 1 : Le violentomètre



Résumé :

Dans le cadre des mouvements de protection des femmes, les violences conjugales deviennent un sujet majeur. Le tabou autour de ce sujet s'efface, et les mesures mises en place pour le repérage et l'accompagnement des victimes s'affinent peu à peu. Néanmoins, les grands oubliés de ces violences demeurent les enfants. S'ils ne sont pas toujours victimes visées des coups et mots, l'environnement violent qu'ils subissent leur porte gravement préjudice. Entre données informatives et chiffrées, éléments théoriques et observations cliniques, ce mémoire aborde l'impact des violences sur ces enfants co-victimes, et discute du rôle de la psychomotricité dans le repérage et l'accompagnement de telles situations.

Mots-clefs :

Enfants co-victimes, violences conjugales, psycho-traumatisme, développement psychomoteur, repérage, accompagnement.

Abstract :

Thanks to the movements for women protection, domestic violence no longer are taboo. More measures are taken to improve the tracking and supporting of the victims. Still, the forgotten in those stories remain the children. Although they are not necessarily the ones with the target on their back, they do suffer greatly from the violence of the environment they grow up in. Crossing informativ data and numbers with theory and clinical observations, this dissertation approaches the impact of domestic violence on co-victim children and the part psychomotricity could play in tracking and supporting those victims.

Keywords :

Co-victim children, domestic violence, psycho-trauma, psychomotor development, tracking, support.