



Thèse Présenté par

BARMA

Marodegueba epse

KUTOLBENA

UNIVERSITE DE LOME

**LES CONSEQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES
DE LA MALTRAITANCE FAITE AUX ENFANTS ET
AUX ADOLESCENTS AU TOGO : ETUDE
PROSPECTIVE REALISEE SUR 136 ENFANTS
ACCUEILLIS AU CENTRE OASIS DE LA
FONDATION TERRE DES HOMMES (LOME) DE
2005 A 2008**

Le 14 Décembre 2011

UNIVERSITE DE LOME

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES DE L'EDUCATION

FILIERE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE (FPA)

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LOME

Spécialité : psychologie clinique et pathologique

**LES CONSEQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES DE LA
MALTRAITANCE FAITE AUX ENFANTS ET AUX
ADOLESCENTS AU TOGO : ETUDE PROSPECTIVE
REALISEE SUR 136 ENFANTS ACCUEILLIS AU CENTRE
OASIS DE LA FONDATION TERRE DES HOMMES (LOME)
DE 2005 A 2008**

Présentée et soutenue publiquement par :

BARMA Marodégueba épouse KUTOLBENA

Le 14 Décembre 2011

Directeur : M. DJASSOA Gnansa, Professeur, Université de Lomé

Co-directeur : M. REDAH Datouda, Professeur, Université de Lomé

Membres du jury :

M. KOSSI- TITRIKOU Komi, Professeur, Université de Lomé

M. DASSA S. K. Valentin, Professeur Agrégé, Université de Lomé

Mme BOUTEYRE Evelyne, Maître de conférence-HDR, Université de Rouen

02.04.02
BAR
15973

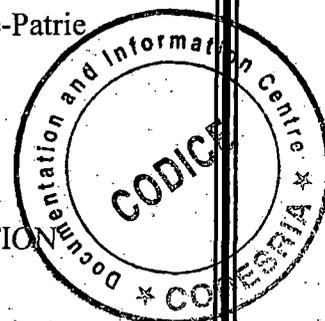
19 OCT. 2012

02.04.02
BAR
15973

UNIVERSITE DE LOME

REPUBLIQUE TOGOLAISE

Travail-Liberté-Patrie



INSTITUT NATIONAL DES SCIENCES DE L'EDUCATION

FILIERE DE PSYCHOLOGIE APPLIQUEE (FPA)

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE LOME

Spécialité : psychologie clinique et pathologique

**LES CONSEQUENCES PSYCHOTRAUMATIQUES DE LA
MALTRAITANCE FAITE AUX ENFANTS ET AUX
ADOLESCENTS AU TOGO : ETUDE PROSPECTIVE
REALISEE SUR 136 ENFANTS ACCUEILLIS AU CENTRE
OASIS DE LA FONDATION TERRE DES HOMMES (LOME)
DE 2005 A 2008**

Présentée et soutenue publiquement par :

BARMA Marodégueba épouse KUTOLBENA

Le 14 Décembre 2011

Directeur : M. DJASSOA Gnansa, Professeur, Université de Lomé

Co-directeur : M. REDAH Datouda, Professeur, Université de Lomé

Membres du jury :

M. KOSSI- TITRIKOU Komi, Professeur, Université de Lomé

M. DASSA S. K. Valentin, Professeur Agrégé, Université de Lomé

Mme BOUTEYRE Evelyne, Maître de conférence-HDR, Université de Rouen

DEDICACE

*Nous dédions ce travail de recherche à nos chères enfants **Cindy et Hilary***

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

RESUME

Ce travail de recherche vise à décrire les conséquences psychotraumatiques de la maltraitance des enfants et des adolescents au Togo, en comparaison avec les troubles psychotraumatiques décrits dans la littérature. L'intérêt de cette description réside dans la mise en évidence de l'étendue des ravages que provoque un événement traumatisant qu'est la maltraitance sur des êtres en développement. La mise en évidence de ces ravages devra permettre d'améliorer les stratégies de prise en charge préventive et curative de ces traumatismes. Ce travail décrit les conséquences psychotraumatiques à court et à moyen terme. Il évoque ensuite les mécanismes de la personnalité en jeu dans le traumatisme psychique. Il envisage enfin les conséquences à long terme à l'âge adulte, si aucune prise en charge psychothérapeutique adéquate n'était mise oeuvre. Les techniques d'observation et d'entretien de la méthode d'enquête, ont permis de collecter des informations pour évaluer l'état psychologique des enfants victimes de maltraitance. L'analyse des données recueillies a permis de mettre en évidence des troubles psychopathologiques suivants : troubles du développement de la personnalité, syndromes dépressifs, état de stress post traumatique, pathologies psychosomatiques et troubles des conduites sociales. Les risques potentiels encourus à l'âge adulte pourraient être de graves troubles de personnalité, des troubles psychotiques, des troubles névrotiques, des troubles psychosomatiques.

Mots clés : maltraitance, psychotraumatisme, psychopathologie, enfant et adolescent, Togo.

ABSTRACT

This research aims to describe the psychotraumatic consequences of children and adolescents abuse in Togo, in comparison with psychotraumatic disorders described in the literature. The benefit of this description is the demonstration of the extent of the damage that causes a traumatic event that is the abuse of developing human beings. The identification of these ravages will lead to improved strategies for care prevention and cure of these injuries. This paper describes the psychotraumatic consequences in the short and medium term. It then recalls the mechanisms of the personality involved in the psychic trauma. It finally considers at the long-term consequences in adulthood, if no adequate psychotherapeutic care was implemented. Observation techniques and

maintenance of the survey method, allowed to collect information to assess the psychological status of victims of child abuse. Analysis of data allowed to identify the following psychopathological disorders: disorders of personality development, depressive syndrom, posttraumatic stress disorder, psychosomatic pathologies and disorders of social conduct. Potential risks in adulthood could be serious personality disorders, psychotic disorders, neurotic disorders, psychosomatic disorders.

Key-words: abuse, psychological trauma, psychopathology, child and adolescent, Togo

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

A notre Directeur de thèse et cher maître, Professeur DJASSOA Gnansa, Professeur titulaire de psychologie appliquée : considérez ce travail comme le signe de notre reconnaissance.

A notre co-directeur de thèse et cher maître, Professeur REDAH Datouda, Professeur titulaire d'hépatogastro-entérologie : merci pour avoir fait preuve de disponibilité.

A tous les membres du jury de soutenance : merci d'avoir accepté de donner de votre précieux temps pour contribuer à l'amélioration de ce travail.

Aux responsables de l'Institut National des Sciences de l'Education et ceux de la filière de Psychologie Appliquée, en particulier monsieur PARI : merci pour vos conseils et votre soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Au CODESRIA (Conseil pour le Développement de la Recherche en Science Social en Afrique) : merci pour votre soutien financier.

Au professeur DASSA Kolou : merci pour votre soutien moral et matériel.

Au délégué de la Fondation Terre des Hommes Togo et son personnel : merci de nous avoir accueilli au sein de votre équipe et d'avoir mis à notre disposition les moyens nécessaires pour la réalisation de ce travail.

A tous les enfants qui ont fait partie de notre échantillon d'étude : merci d'avoir accepté de nous donner les informations nécessaires à la réalisation de ce travail.

A notre cher époux Augustin KUTOLBENA : merci pour le sacrifice consenti pour que ce travail puisse aboutir et pour le soutien tant moral que matériel.

A nos chers parents et à nos chers frères et sœurs : merci pour votre affection.

A maman Marguerite DJASSOA : merci pour votre présence soutenante à nos côtés.

A Patrick BAWILA : merci pour ta disponibilité et ton apport tant moral que matériel.

A nos collègues psychologues, en particulier Rissicatou KEKERE, Jean-pierre ALLEY, Kaka KALINA et Dodzi DOM : merci pour votre soutien moral et matériel.

SIGLES ET ABREVIATIONS

BICE : Bureau International Catholique de l'Enfance

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des maladies, dixième version

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

DGPE : Direction Générale de la Protection de l'Enfance

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

ECPAT/ ESEC: Exploitation Sexuelle des Enfants à des Fins Commerciales

EGF : Evaluation Globale du Fonctionnement

ESPT : Etat de Stress Post Traumatique

FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population

GAF : Global Assessment of functioning

ODAS : Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée

OIT: Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la santé

OMT : Organisation Mondiale du Travail

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

TDH : Terre des Hommes

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

WAO Afrique: World Association for Orphans and Abandoned Children

WiLDAF/ FeDDAF: Women in Law and Development in Africa / Femme, Droit et Développement en Afrique

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u> : répartition des sujets selon l'âge	159
<u>Tableau II</u> : répartition des enfants selon le sexe.....	159
<u>Tableau III</u> : répartition des enfants selon le statut socio-économique.....	160
<u>Tableau IV</u> : répartition des enfants selon la région togolaise d'origine.....	160
<u>Tableau V</u> : répartition des enfants selon leur provenance.....	161
<u>Tableau VI</u> : répartition des enfants selon leur nationalité.....	161
<u>Tableau VII</u> : répartition des enfants selon les personnes qui assurent l'autorité parentale.....	162
<u>Tableau VIII</u> : répartition des enfants selon leur situation familiale.....	163
<u>Tableau IX</u> : répartition des enfants selon la profession de leurs parents.....	164
<u>Tableau X</u> : répartition de l'échantillon selon la résidence des parents par rapport aux enfants.....	165
<u>Tableau XI</u> : répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial des parents...	166
<u>Tableau XII</u> : répartition des enfants selon le régime matrimonial des parents.....	166
<u>Tableau XIII</u> : répartition de l'échantillon selon le temps écoulé entre la maltraitance et le signalement	167
<u>Tableau XIV</u> : répartition de l'échantillon selon le nombre de fois que les sujets ont été victimes de maltraitance	168
<u>Tableau XV</u> : répartition de l'échantillon selon les auteurs de maltraitance.....	169
<u>Tableau XVI</u> : répartition de l'échantillon selon les types de maltraitance.....	170
<u>Tableau XVII</u> : répartition des enfants selon l'âge et les types de maltraitance....	171
<u>Tableau XVIII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements physiques subies.....	172
<u>Tableau XIX</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements psychologiques subies.....	173
<u>Tableau XX</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements sexuelles subies.....	174
<u>Tableau XXI</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements sexuelles et l'âge.....	175
<u>Tableau XXII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les conséquences de la maltraitance.....	176

<u>Tableau XXIII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les conséquences physiques de la maltraitance.....	177
<u>Tableau XXIV</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les conséquences psychologiques de la maltraitance.....	178
<u>Tableau XXV</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les types de réaction.....	179
<u>Tableau XXVI</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les types de vécu	180
<u>Tableau XXVII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les troubles psychotraumatiques.....	181
<u>Tableau XXVIII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations des troubles du développement de la personnalité liés à la maltraitance.....	182
<u>Tableau XXIX</u> : Répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations de l'ESPT liées à la maltraitance.....	183
<u>Tableau XXX</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations des troubles de la morale et de la socialisation dû à la maltraitance.....	185
<u>Tableau XXXI</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations dépressives dues à la maltraitance.....	186
<u>Tableau XXXII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations des troubles cognitifs dus à la maltraitance.....	186
<u>Tableau XXXIII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations psychosomatiques dues à la maltraitance.....	187
<u>Tableau XXXIV</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les conséquences psychologiques.....	188
<u>Tableau XXXV</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les troubles psychotraumatiques.....	190
<u>Tableau XXXVI</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et le vécu psychologique.....	192
<u>Tableau XXXVII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les troubles de personnalité	194
<u>Tableau XXXVIII</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitance physique et les troubles psychotraumatiques.....	196
<u>Tableau XXXIX</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitance sexuelle et les troubles psychotraumatiques.....	198
<u>Tableau XXXX</u> : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitance psychologique et les troubles psychotraumatiques.....	199

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	15
I CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE GENERAL DE REFERENCE.....	19
1.1. Cadre conceptuel de référence.....	20
1.1.1. Enfant-Adolescent	20
1.1.2. La maltraitance des enfants	22
1.1.3. Le traumatisme psychique	23
1.1.3.1 Définition psychanalytique du traumatisme	23
1.1.3.2 Définition ethnopsychiatrique du traumatisme et du stress.....	24
1.1.3.3. Notion de stress selon la conception physiologique de SELYE	26
1.1.4 L'agent stressant	28
1.1.5. Le syndrome de stress post- traumatique : PTSD	28
1.1.6. L'état de stress aigu	29
1.2. Cadre théorique générale de référence.....	31
1.2.1. La psychopathologie	31
1.2.2. Les différentes classifications des organisations psychopathologiques	32
1.2.2.1. La conception psychopathologique classique	32
1.2.2.1.1. La lignée structurelle psychotique	32
1.2.2.1.2. La lignée structurelle névrotique	35
1.2.2.1.3. Le tronc commun des états-limites	39
1.2.2.2. Les classifications modernes	41
1.2.2.2.1. Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM10).....	41
1.2.2.2.2. Le DSM-IV	49
1.2.2.2.3. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent	53
II CADRE THEORIQUE SPECIFIQUE ET THEORIES DE REFERENCE.....	58
2.1. Cadre théorique spécifique : La psychotraumatologie	59
2.1.1. Rappel historique.....	59
2.1.2. Les facteurs traumatogènes	61
2.1.2.1. Les traumatismes individuels	61
2.1.2.2. Les traumatismes collectifs	62

2.1.2.3.	Les traumatismes d'origine naturelle ou humaine	62
2.1.3.	Les différentes formes de traumatismes	63
2.1.3.1.	Les traumatismes de type I	63
2.1.3.1.	Les traumatismes de type II.....	64
2.1.3.2.	Les traumatismes de type III	64
2.1.3.3.	Les traumatismes de type IV	64
2.1.4.	les facteurs de vulnérabilité ou de risque traumatique	66
2.1.5.	Le traumatisme psychique	67
2.1.6.	Les conséquences psychologiques des traumatismes psychiques	68
2.1.6.1.	Les conséquences psychologiques immédiates	69
2.1.6.1.1.	La menace interne	69
2.1.6.1.2.	La honte et l'abandon	69
2.1.6.1.3.	La culpabilité	70
2.1.6.2.	Les conséquences psychologiques à long terme	70
2.1.6.2.1.	Les conséquences individuelles	70
2.1.6.2.1.1.	L'Etat de stress post traumatique (ESPT/ PTSD)	71
2.1.6.2.1.2.	Les troubles anxieux	73
2.1.6.2.1.3.	Les troubles dépressifs	73
2.1.6.2.1.4.	Les modifications de la personnalité	73
2.1.6.2.1.5.	Les troubles des conduites	75
2.1.6.2.1.6.	Les troubles psychotiques.....	75
2.1.6.2.2.	Les conséquences familiales et conjugales	75
2.1.6.2.2.1.	L'incompréhension et la non prise au sérieux des problèmes de la victime.....	76
2.1.6.2.2.2.	Position de malade désigné.....	76
2.1.6.2.2.3.	Problème de l'attitude à adopter face à la victime.....	76
2.1.6.2.2.4.	Problèmes sexuels et affectifs extrêmement handicapants	77
2.1.6.2.2.5.	Altération du fonctionnement social et professionnel	77
2.1.6.1.1.6.	Séparations et divorces fréquents	77
2.1.7.	La maltraitance des enfants et des adolescents comme facteur traumatogène	78
2.1.7.1.	Les différentes formes de maltraitements	78
2.1.7.2.	Les manifestations psychotraumatiques chez l'enfant (selon Bailly).....	79
2.1.7.2.1.	L'ESPT chez l'enfant	80
2.1.7.2.2.	Les manifestations psychosomatiques	80

2.1.7.2.3.	Les troubles développementaux et cognitifs	81
2.1.7.2.4.	Atteinte du processus de développement de la personnalité	81
2.1.7.2.5.	Impact du traumatisme dans les domaines de la morale et de la socialisation	82
2.2.	Les théorie de référence	82
2.2.1.	La théorie psychophysiologique du stress de Selye.....	82
2.2.2.	La théorie psychanalytique	86
2.2.2.1.	Les points de vue topiques	86
2.2.2.2.	Le point de vue économique	88
2.2.3.	Le traumatisme psychique dans la théorie psychanalytique	89
2.2.3.1.	S. Freud et le concept de traumatisme	90
2.2.3.1.1.	Traumatisme dans la théorie freudienne sur la névrose hystérique ...	91
2.2.3.1.2.	La première guerre mondiale, S. Freud et le traumatisme	91
2.2.3.1.3.	Le trauma et l'inquiétante étrangeté	92
2.2.3.1.4.	Le trauma et « pare-excitation »	92
2.2.3.2.	Sandor Ferenczi et la commotion psychique	93
2.2.3.3.	Mélanie Klein et l'expérience traumatisante	94
2.2.3.4.	La conception ethnopsychiatrique du traumatisme psychique et ses conséquences selon George Devereux	95
2.2.3.5.	Les conséquences du traumatisme psychique, selon la théorie psychanalytique	100
2.2.4.	Le traumatisme psychique : les mécanismes en jeu, les conséquences psychologiques et les facteurs de traumatisation ou de résilience	103
2.2.4.1.	Les mécanismes psychiques en jeu dans le traumatisme psychique..	103
2.2.4.2.	Les conséquences psychotraumatiques	105
2.2.4.3.	Les facteurs de traumatisation ou de résilience	108
2.2.5.	Enoncé du problème	109
2.2.6.	Questions spécifiques	109
III	ETAT DE LA QUESTION, HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	111
3.1.	Etat de la question et spécification du problème	112
3.1.1.	Dans le monde	112
3.1.2.	En Afrique	120
3.1.3.	Au Togo	124

3.1.4. Synthèse des travaux et spécification du problème	129
3.2. Hypothèses et objectifs de la recherche	130
3.2.1. Hypothèses de la recherche et variables	130
3.2.1.1. Hypothèse générale	130
3.2.1.2. Hypothèses spécifiques	130
3.2.1.3. Variables et indicateurs	131
3.2.1.3.1. Variables indépendantes et indicateurs	131
3.2.1.3.1.1. Variable indépendante 1 : Les maltraitances physiques	131
3.2.1.3.1.2. Variable indépendante 2 : les maltraitances psychologiques	131
3.2.1.3.1.3. Variable indépendante 3 : les maltraitances sexuelles	131
3.2.1.3.1.4. Variable indépendante 4 l'âge.....	131
3.2.1.3.1.5. Variable indépendante 5 : les formes de maltraitance.....	131
3.2.1.3.2. Variable dépendante, modalités et indicateurs : les troubles psychotraumatiques.....	132
3.2.1.3.2.1. Modalité 1 : Etat de stress post traumatique.....	132
3.2.1.3.2.2. Modalité 2 : Manifestations psychosomatiques.....	132
3.2.1.3.2.3. Modalité 3 : Les troubles cognitifs.....	133
3.2.1.3.2.4. Modalité 4 : Troubles de développement de la personnalité	133
3.2.1.3.2.5. Modalité 5 : Troubles de la morale et de la socialisation.....	133
3.2.1.3.2.6. Modalité 6 : Manifestations dépressives.....	134
3.2.2. Les objectifs de la recherche.....	134
3.2.2.1. Objectifs scientifiques	134
3.2.2.2. Objectifs d'application.....	135
IV PROCEDURES DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNEES.....	136
4.1. Procédures de collecte des données.....	137
4.1.1. Sources d'information.....	137
4.1.1.1. Cadre d'étude : la ville de Lomé.....	137
4.1.1.1.1. Présentation du Togo.....	137
4.1.1.1.2. Présentation de la ville de Lomé.....	139
4.1.1.1.3. Structures de prise en charge.....	140
4.1.1.1.3.1. Le BICE (Bureau International Catholique de l'enfance)	140
4.1.1.1.3.2. Wao-Afrique.....	141
4.1.1.1.3.3. La fondation Terre des Hommes (TDH).....	142
4.1.1.2. La population cible.....	145

4.1.1.3.	La population d'étude	145
4.1.1.4.	L'échantillonnage.....	145
4.1.2.	Méthodes de collecte des données.....	145
4.1.2.1.	Du point de vue de Reuchlin M.....	145
4.1.2.1.1.	L'observation.....	146
4.1.2.1.2.	La méthode expérimentale	146
5.1.2.1.3.	La méthode clinique	147
4.1.2.2.	Du point de vue de Mucchielli R.....	148
4.1.2.2.1.	La méthode expérimentale	148
4.1.2.2.2.	La méthode clinique.....	148
4.1.2.2.3.	La méthode d'enquête.....	149
4.1.3.	Méthode et techniques de collecte des données utilisées.....	151
4.1.4.	Instruments de collecte des données.....	152
4.2.	Procédures d'analyse des données.....	153
4.2.1.	Méthodes d'analyse des données.....	153
4.2.1.1.	Les méthodes quantitatives.....	153
4.2.1.1.1.	La méthode statistique.....	153
4.2.1.1.2.	Les méthodes mathématiques	153
4.2.1.1.3.	L'informatique.....	154
4.2.1.2.	Les méthodes qualitatives.....	154
4.2.1.2.1.	L'analyse de contenu.....	154
4.2.1.2.2.	Les différentes techniques de l'analyse de contenu.....	156
4.2.1.2.2.1.	Les méthodes logico-sémantiques.....	156
4.2.1.2.2.2.	Les méthodes logico-esthétiques et formelles.....	157
4.2.1.2.2.3.	Les méthodes d'analyse sémantique et structurale.....	157
4.2.2.	Méthodes et techniques d'analyse des données utilisées.....	157
V	RESULTATS ET COMMENTAIRES	158
5.1.	Les aspects socio- démographiques.....	159
5.2.	Statuts des parents.....	163
5.3.	Les différents types de maltraitance.....	167
5.4.	Les conséquences de la maltraitance.....	176
5.5.	Relations entre l'âge et les troubles psychotraumatiques.....	188
5.6.	Relation entre les types de maltraitements et les troubles psychotraumatiques.....	196

5.7. Etudes de cas.....	201
5.8. Synthèse de l'étude des cas.....	211
VI INTERPRETATION EXPLICATIVE DES RESULTATS	213
6.1. Les caractéristiques sociodémographiques	214
6.1.1. L'âge et le sexe.....	214
6.1.2. Nationalité, région d'origine, provenance.....	215
6.1.3. La situation des parents.....	216
6.2. Les différents types de maltraitements.....	216
6.2.1. Temps écoulé entre la maltraitance et le signalement, puis nombre de fois où la maltraitance s'est produite.....	216
6.2.2. L'auteur de la maltraitance.....	217
6.2.3. Les maltraitements physiques, psychologiques et sexuelles.....	219
6.3. Les conséquences des maltraitements.....	222
6.3.1. Les conséquences biopsychologiques.....	222
6.3.2. Les conséquences psychologiques.....	223
VII DISCUSSIONS	235
7.1. Discussion de la méthodologie.....	236
7.1.1. L'échantillon de travail.....	236
7.1.2. La méthode d'enquête.....	237
7.1.3. Discussion des hypothèses.....	238
7.1.4. Discussions des approches théoriques.....	239
7.1.4.1. La théorie psychanalytique.....	239
7.1.4.2. La théorie psychophysiologique.....	240
7.2. Discussions des résultats.....	241
7.2.1. Les aspects socio-démographiques.....	241
7.2.2. Les types de maltraitance.....	242
7.2.3. Les conséquences de la maltraitance.....	245
CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....	249
SUGGESTIONS	253
BIBLIOGRAPHIE.....	256
ANNEXES.....	268

INTRODUCTION

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

La santé est un droit fondamental de tous les êtres humains. Ainsi, les enfants aussi bien que les adultes ont droit à la santé et à une vie sans violence. Cependant, l'Oms (2006, p.1) estime à des millions le nombre d'enfants qui, chaque année dans le monde, sont témoins et victimes de violence physique, sexuelle et psychologique. En 2002 selon l'Oms (op. cit.), 31 000 enfants de moins de 15 ans dans le monde ont été victimes d'homicides par suite de mauvais traitements ; et il ajoute que les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire sont ceux qui risquent le plus de subir des traitements entraînant la mort du fait de leur dépendance, de leur vulnérabilité et de leur relative invisibilité sociale.

La maltraitance des personnes est un problème de société qui touche toutes les couches d'âge de la population (les personnes âgées, les adultes, hommes et femmes, et les enfants). Cependant, les enfants et les adolescents sont ceux qui sont le plus affectés par ce fléau ; en raison de leur position dans la société en tant que des êtres en développement, ils sont des personnes plus vulnérables que les adultes qui ont la charge de leur éducation et de leur développement global. L'Oms (2006) estime à des millions, le nombre d'enfants qui, chaque année dans le monde, sont victimes d'abus et de négligence n'entraînant pas la mort. Il précise que quelques études internationales rapportent des violences physiques graves et fréquentes tels des parents qui battent, donnent des coups de pied ou attachent l'enfant, par exemple.

Par ailleurs, selon des études effectuées dans le monde entier, environ 20 % des femmes et 5 % à 10 % des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle étant enfants (Oms, op. cit.). L'Oms (op. cit.) ajoute enfin que beaucoup d'enfants souffrent aussi bien de violence psychologique que de négligence dont l'ampleur dans le monde est ignorée. Les filles sont en général plus exposées à la violence sexuelle et les garçons à des punitions physiques sévères.

Au Togo, une étude transversale, réalisée par Dassa & al. (2005b), a permis de noter que 75% des enfants étudiés ont été victimes de violence dont 67% de négligence, 22% de violences physiques, 4,9% de violences sexuelles chez les filles et 2,2% de mariage précoce.

La notion de la violence exercée à l'égard des enfants est difficile à cerner. Ce qui est perçu comme de l'abus par certains est considéré comme acceptable et même nécessaire par d'autres. Cette notion est variable selon les cultures ou les coutumes

ethniques. Ce qui est considéré comme mauvais traitement par certaines cultures est considéré comme un traitement normal, voire comme une norme sociale ou culturelle par d'autres civilisations. C'est par exemple le cas de l'excision féminine (Unicef, 2002).

En dépit de la difficulté pour donner de la maltraitance des enfants une définition universelle, l'Oms (op. cit.) relève que la maltraitance des enfants est un vaste problème mondial, ayant de graves répercussions sur la santé physique et mentale des victimes, leur bien-être et leur développement tout au long de leur vie et, par voie de conséquence, sur la société en général.

Mis à part les répercussions physiques de la maltraitance des enfants faites de lésions corporelles diverses qui sont les plus visibles, les conséquences psychologiques, souvent invisibles dans l'immédiat, ont toutefois de graves répercussions sur la vie des enfants et sont susceptibles de perturber leur développement.

Une étude longitudinale réalisée par Sack et *al* (citée par Vila, 2006) sur des réfugiés du Cambodge montre la persistance de l'ESPT de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, jusqu'à 29 ans, pour des traumatismes répétés entre 8 et 12 ans sous le régime des Khmers rouges. De même une étude épidémiologique en population générale (Giaconia, Cité par Vila, 2006) a trouvé que deux cinquième des adolescents âgés de 18 ans ont subi un traumatisme tel qu'il est défini par le DSM-III-R et que plus de 6 % ont un diagnostic sur toute la vie d'ESPT. Il est à noter cependant que l'Etat de stress post-traumatique des classifications internationales ne représente pas le seul type de trouble observable, chez les enfants ou les adolescents, comme conséquence d'un *trauma*. Il constitue cependant la forme la plus caractéristique et la plus fréquente de l'atteinte psychotraumatique (Vila, op. cit.). Il survient en réponse à la confrontation à une situation ou à un événement, exceptionnellement menaçant ou catastrophique, qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Chez les enfants comme chez les adultes, on se réfère à des événements majeurs, représentant une menace pour la vie ou l'intégrité physique à l'origine d'un trauma (Vila, op. cit.). Nous pouvons citer comme événements : les catastrophes naturelles et humaines, les guerres, les attentats, les viols, les agressions, les maltraitances....

Nous avons étudié les conséquences psychotraumatiques de la maltraitance (comme événement traumatogène) des enfants et des adolescents au Togo, en comparaison

avec les troubles psychotraumatiques provoqués par un événement traumatisant, tels qu'ils sont décrits dans la littérature. Notre souci, en menant cette étude, est de pouvoir fournir des données épidémiologiques en matière de maltraitance et de ses répercussions psychotraumatiques chez les enfants et les adolescents au Togo, et de relever ainsi les implications de ce fléau sur le développement global de l'enfant. Ceci pourrait permettre d'améliorer le diagnostic et donc la prise en charge préventive et à défaut curative des troubles psychotraumatiques de la maltraitance des enfants et des adolescents au Togo.

Pour cela, nous avons posé l'hypothèse générale selon laquelle la maltraitance des enfants et des adolescents au Togo, entraînerait des conséquences psychotraumatiques telles que celles qui sont décrites dans la littérature. Les techniques d'observation et d'entretien de la méthode d'enquête nous ont permis d'aboutir à des résultats.

Nous avons articulé le présent travail autour du plan dont voici les grandes lignes :

- dans une première partie, nous avons présenté le cadre théorique et conceptuel de référence et la problématique ;
- dans une seconde partie nous avons exposé la méthodologie, comprenant le site d'étude, la population d'étude et les méthodes de collecte et d'analyse des données, puis les résultats de la recherche, notamment leurs commentaires, interprétations et discussions.

**I. CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE
GENERAL DE REFERENCE**

1.1. Cadre conceptuel de référence

1.1.1. Enfant-Adolescent

Boucebci et Yaker-Keiser définissent classiquement l'enfance « comme couvrant la période qui va jusqu'à l'adolescence comprise » (dans Lebovici, Diatkine & Soulé, 2004, p.2239). Ils ajoutent que dans les pays du tiers monde, il n'y a pas pour cette tranche d'âge une acception uniforme et universellement partagée. L'âge limite selon eux, serait fonction de données biologiques autant que socioculturelles et économiques, voire politiques (Lebovici, Diatkine & Soulé, op. cit.).

Selon Sillamy (1983), l'enfance vient du latin *infantia* qui vient lui-même de *infans* et signifie « qui ne parle pas ». C'est la période de la vie qui s'étend de la naissance à l'adolescence, c'est -à- dire jusqu'à la quatorzième année environ. Sillamy (op. cit.) ajoute que l'enfance est l'étape nécessaire à la transformation du nouveau-né en adulte et elle va jusqu'à vingt cinq ans chez l'homme, selon Gesell (1880-1961). Il pense que l'homme a besoin de cette longue période pour comprendre et assimiler les structures culturelles complexes auxquelles il devra s'adapter.

« Sous l'impulsion de la psychologie moderne, l'enfant n'est plus considéré comme un adulte auquel il manque les connaissances et le jugement, mais comme un individu ayant sa mentalité propre et dont le développement psychologique est régi par des lois particulières. » (Sillamy, op. cit. p. 251).

Les psychologues subdivisent l'enfance en trois grandes périodes (Sillamy, op. cit.) :

- la première enfance : de la naissance à deux ou trois ans ;
- la deuxième enfance : de deux ou trois ans à six ou sept ans ;
- la troisième enfance : elle va de six ou sept ans et se termine à la puberté.

Les Nations Unies entendent par enfant toute personne âgée de moins de 18 ans, sauf si la loi du pays en a décidé autrement. Or dans beaucoup de pays, les législations ont fixé la majorité à moins de 18 ans (Omt, 2001).

Selon la charte africaine des droits et du bien être de l'enfant, « on entend par enfant tout être humain âgé de moins de 18 ans ». Les deux dernières définitions sont des définitions juridiques.

L'adolescence, selon Sillamy (op. cit.), vient du latin *adolescencia*, qui lui-même vient de *adolescere*, et signifie « croître ». C'est la période de la vie qui se situe entre l'enfance qu'elle continue et l'âge adulte (Sillamy, op. cit.). Cette période que l'on dit « ingrate » est marquée par d'importantes transformations corporelles et psychologiques, et Rispal la qualifie d'une lame de fond existentielle qui vient bouleverser la vie, apportant avec elle des expériences de la « première fois » qui retentissent en profondeur dans l'être intime et dont l'intensité brutale est à la fois crise et choc (cité par Sillamy, op. cit.). Ce passage entre le monde de l'enfant et celui des adultes se fait, dans les civilisations modernes, sur de longues années, selon Sillamy (op. cit.).

Les sociétés traditionnelles formalisent le passage de l'enfance à l'âge adulte au moment de la puberté, à travers un rite, une épreuve et/ou une cérémonie, qui engage directement le jeune dans ses responsabilités sociales. Ainsi, s'il est stabilisé par l'environnement social fortement encadrant, il n'a pas la possibilité de se différencier personnellement, comme c'est le cas dans les sociétés modernes.

Les limites de l'adolescence se situent approximativement entre douze à treize ans et dix huit à vingt ans et peuvent difficilement être précisées, car la durée de l'adolescence varie selon les races, les sexes, les conditions géographiques et surtout les milieux socio-économiques et culturels. Par exemple, elle est plus longue pour les enfants de familles aisées, qui poursuivent des études que pour ceux qui sont obligés de travailler tôt (Sillamy, op. cit.).

Stanley Hall (1904, cité par Sillamy, op. cit.) considère que l'adolescence pourrait durer jusqu'à la vingt et quatrième année ou la vingt et cinquième année.

L'adolescence est une période exaltante et difficile (Sillamy, op. cit.). Exaltante, parce que c'est le moment où les énergies s'amplifient, où l'on se découvre plus fort, et où l'on croit pouvoir transformer le monde ; difficile, parce que le désir d'autonomie et de liberté s'accommode mal avec la dépendance matérielle à l'égard de la famille. Les adolescents vivent à des niveaux de maturation différents, car s'ils sont adultes physiquement, ils restent encore très dépendants de leur entourage et vulnérables psychologiquement (Sillamy, op. cit.).

Les psychologues divisent souvent l'adolescence en trois phases distinctes: début, milieu et fin de l'adolescence. Ils l'identifient comme une période pendant laquelle les

jeunes développent la pensée abstraite, une meilleure idée de l'identité psychologique, deviennent plus conscients de leur sexualité et accroissent leur indépendance par rapport aux parents. Selon Stanley Hall (op. cit.), les conflits à ce stade de développement sont normaux et ne sont pas inhabituels. Plusieurs modèles de développement humain ont mis l'adolescence dans une période de développement humain normal. Freud y voyait la « phase génitale » du développement psychosexuel où l'enfant reprend la conscience sexuelle de l'enfance. Jean Piaget (cité par Sillamy, op. cit.), axé sur le développement cognitif, décrit l'adolescence comme le « stade des opérations formelles » où l'adolescent développe la capacité de penser abstraitement et en tirer des conclusions à partir des informations disponibles.

De ce qui précède, nous voyons combien il est difficile de mettre une différence nette entre l'enfance et l'adolescence, car l'enfance se poursuit à l'adolescence et l'adolescence est une période de transformations physiologiques et psychologiques qui marquent le passage de l'enfance à l'âge adulte.

Compte tenu des objectifs de notre recherche, nous nous sommes servie de la définition juridique de l'enfance. La présente étude porte alors sur les sujets âgés de 0 à 18 ans compris.

1.1.2. La maltraitance des enfants

Selon l'Oms (2002, p. 66), « la maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir ».

Certaines définitions mettent l'accent sur les comportements ou les actes des adultes, tandis que d'autres considèrent qu'il y a mauvais traitement si l'on fait du mal à l'enfant ou que l'on menace de lui en faire (Oms, op. cit.).

Certains spécialistes considèrent que sont victimes de mauvais traitement, des enfants qui souffrent, par inadvertance, des actes d'un parent, tandis que d'autres estiment qu'il faut qu'il y ait intention de faire du mal à l'enfant pour qu'on parle de mauvais traitement (Oms, op. cit.).

Plaquette, Laporte, Brigas et Zoccolillo (2004) ont décrit cinq formes de maltraitance faite aux enfants :

- Négligence émotionnelle,
- Abus émotionnel,
- Abus physique,
- Négligence physique,
- Abus sexuel.

Pour notre part, nous regroupons sous les vocables :

- Maltraitance physique, l'abus physique et la négligence physique
- Maltraitance psychologique, l'abus émotionnel et la négligence émotionnelle
- Maltraitance sexuelle, l'abus sexuel.

1.1.3. Le traumatisme psychique

Étymologiquement, le mot traumatisme est issu du grec « traumatismo » qui signifie « action de blesser ». L'acception actuelle de ce terme renvoie au mot grec « trauma » signifiant également « dommage » et « désastre » (Crocq, 1999)

Le trauma et le traumatisme sont des termes anciennement utilisés en médecine et en chirurgie. Trauma vient du grec et signifie blessure ; il dérive lui-même d'un autre mot grec signifiant percer, et désignant une blessure avec effraction. Le traumatisme serait, quant à lui, réservé aux conséquences sur l'ensemble de l'organisme d'une lésion résultant d'une violence externe (Laplanche & Pontalis, 2003). Le traumatisme physique de la pathologie chirurgicale est conçu comme un choc mécanique s'exerçant sur l'organisme et provoquant une blessure. La notion d'effraction du revêtement cutané n'est toutefois, pas toujours présente (Laplanche & Pontalis, op. cit.) ; On parle par exemple de « traumatismes crânio-cérébraux fermés ». On a pu noter aussi que les deux termes de trauma et traumatisme tendent à être utilisés en médecine de façon synonyme (Laplanche & Pontalis, op. cit.).

1.1.3.1. Définition psychanalytique du traumatisme

La psychanalyse a repris les termes de trauma et traumatisme en transposant sur le plan psychique les trois définitions qui y étaient impliquées : celle d'un choc violent,

celle d'une effraction et celle de conséquences sur l'ensemble de l'organisation (Laplanche & Pontalis, op. cit.).

Le traumatisme psychique serait donc, par analogie au traumatisme physique, un choc violent avec effraction, entraînant des conséquences sur l'ensemble de l'organisation. (Laplanche & Pontalis, op. cit.).

Au sens spécifiquement freudien, il s'agit de « l'incidence dans le psychisme d'un événement marquant, habituellement soudain et inattendu, parfois cumulatif, dont l'importance soulève une réaction émotionnelle intense, et déborde au moins momentanément les possibilités de défenses, de maîtrise et d'intégration du sujet laissant une trace pathogène par le bouleversement qu'il entraîne » (Lafon, 2006, p. 1027).

Dans « au-delà du principe du plaisir » (Laplanche & Pontalis, op. cit.), Freud donne une représentation figurée de cet état de choses, en l'envisageant au niveau d'une relation élémentaire entre un organisme et son milieu : la « vésicule vivante » est tenue à l'abri des excitations externes par une couche protectrice ou pare-excitation, qui ne laisse passer que des quantités d'excitations tolérables. Si cette couche vient à subir une effraction étendue, c'est le traumatisme : la tâche de l'appareil est alors de mobiliser toutes les forces disponibles afin d'établir des contre-investissements, de fixer sur place des quantités d'excitation affluentes et de permettre ainsi le rétablissement des conditions de fonctionnement du principe de plaisir.

Lorsque les contre-investissements n'ont pas été suffisants et le rétablissement des conditions normales de fonctionnement de l'organisme ne s'est pas fait, on assiste à l'émergence d'un certain nombre de troubles psychologiques dénommés désordres psychotraumatiques, caractérisés par les réactions types du syndrome de stress post-traumatique.

Depuis quelques années, le terme de psychotraumatologie tend à être préféré à celui de stress post-traumatique

1.1.3.2. Définition ethnopsychiatrique du traumatisme et du stress

Devereux (1977), fondateur de l'ethnopsychiatrie, distingue systématiquement « stress » et « traumatisme ». Le terme de stress doit être appliqué uniquement aux forces nocives qui atteignent l'individu, alors que celui de traumatisme s'applique aux résultats nocifs de l'impact de ces forces. En d'autres termes, le traumatisme est la

conséquence nocive des forces nocives (stress) qui agissent sur l'individu. De ce point de vue, devant un stress, l'individu va disposer de ressources (défenses) personnelles lui permettant de faire face au stress. C'est la capacité du sujet à faire face ou non qui détermine le traumatisme.

Dans la situation culturelle telle que définie par Devereux (op. cit.), la culture fournit des défenses préétablies au sujet pour faire face au stress. Ainsi, un stress ne sera traumatisant, pour un sujet, que s'il est atypique (c'est-à-dire si la culture ne dispose d'aucune défense préétablie, produite en série, susceptible d'en atténuer ou d'en amortir le choc), ou, bien que typique, il est exceptionnellement intense ou encore prématuré (lorsqu'il atteint un individu qui n'a pas encore accès aux défenses culturelles appropriées).

Dans cette conception, la notion de « traumatisme prématuré » recouvre non seulement le traumatisme chronologiquement précoce, mais aussi celui qui atteint l'enfant avant qu'il ne sache et/ou ne soit capable d'utiliser les défenses fournies par la culture contre les forces nocives. Pour le petit enfant incapable de gagner sa vie, la mort de ses parents est un traumatisme prématuré, car la culture n'accorde à l'orphelin qu'une protection externe (orphelinat), mais ne lui fournit aucune défense interne, par exemple, aucune maturation plus rapide qui supprimerait ses besoins de dépendance infantile. Ainsi, les traumatismes susceptibles d'engendrer des psychoses graves surviennent souvent dans la petite enfance et singulièrement, au stade oral c'est-à-dire lorsque l'enfant ne dispose pas encore de défenses culturelles qui lui permettraient de faire face à ce type d'impact sans subir de préjudice grave et définitif.

Toutefois, des traumatismes prématurés peuvent même survenir après la petite enfance. L'enfant ou l'adolescent peut être simplement trop jeune pour recourir efficacement aux défenses fournies par la culture ou, au contraire, l'accès à certaines de ces défenses peut lui être interdit sous prétexte qu'il ne faut pas lui permettre « d'en faire plus que son âge ».

Les étrangers se trouveraient dans la même situation de « traumatisme prématuré », face au stress, tant qu'ils n'ont pas encore acquis (ou suffisamment investi) les défenses les plus utiles dans leur nouvel environnement.

Nous retenons de cette conception que c'est la culture qui donne les moyens nécessaires à l'individu pour faire face au stress susceptible de provoquer un

traumatisme. L'individu n'est traumatisé que lorsque la culture ne met pas à sa disposition les défenses nécessaires contre le stress ou lorsque le stress est anormalement intense ou encore lorsque le sujet est immature pour utiliser de façon adéquate les défenses que la culture lui fournit.

1.1.4. Notion de stress selon la conception physiologique de SELYE

Le stress est la réaction biologique, physiologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'organisme face à une agression ou une menace. Il focalise l'attention, mobilise l'énergie et incite à l'action ; ce qui lui donne une fonction essentiellement adaptative. Toutefois, dans le langage courant, le stress correspond tantôt à l'évènement agresseur, tantôt aux réponses consécutives à celui-ci (Audet & Katz, 2006).

La notion de stress, proposée en anglais par l'endocrinologue canadien Hans Selye en 1936, appartient d'abord au domaine de la biologie et de la psychologie. En français, le mot désigne la réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation.

Le mot stress vient du latin *stringere* qui signifie « rendre raide », « serrer », « presser ». Cette racine latine est reprise par la langue anglaise et en 1303 déjà, Robert Mannyng dans son livre « *Handlyng Synne* » parle du stress. Au XVII^e siècle, la notion de stress veut dire « état de détresse » et renvoie à l'idée d'oppression, de dureté de vie, de privation, de fatigue, d'adversité, de peine ou encore d'affliction.

Dès le XVIII^e siècle, le stress prend une connotation contemporaine en renvoyant à une force, une pression, une contrainte, une influence, un grand effort de la matière, des organes et même du psychisme. La science va prendre petit à petit ses droits sur la notion et l'on constate que le stress est tout d'abord utilisé en physique métallurgique avec la loi de Hooke qui stipule qu'une force extérieure agissant sur un corps provoque une tension de ce corps (ou stress) qui peut se transformer en déformation (Nitsch, 1981, cité dans Maurer Milka, 1983). La contrainte excessive exercée sur un matériau qui devient, de ce fait, fatigué, déformé, cassé, rend toute tentative de retourner à l'état d'origine vaine, puisque le matériau est beaucoup plus vulnérable qu'il ne l'était auparavant, comme un trombone qu'on aurait déplié et qu'il s'agirait de remettre en place. On voit donc qu'avec cette utilisation du mot stress, il y a déjà un

lien créé avec une certaine forme d'adaptation où l'excès de stress rendrait le matériau plus vulnérable.

À partir de cette utilisation de la notion en métallurgie, une analogie se crée pour le vivant. Il survient alors l'idée que les situations excessivement agressives provoquent un stress important pouvant entraîner des maladies physiques ou mentales. C'est dans cette optique que William Osler (1849-1919), cardiologue, montre qu'un travail pénible et de lourdes responsabilités conduit aux tourments et à l'anxiété dont la persistance peut entraîner des problèmes médicaux.

Le médecin physiologiste français Claude Bernard fut un des premiers à donner une interprétation des effets du stress sur notre comportement, en 1868. Selon lui, les réactions dues au stress visent à maintenir l'équilibre de notre organisme. Puis Walter Cannon, un neurophysiologiste américain, appela cette recherche « homéostasie », (qui veut dire « tendance des corps vivants à stabiliser leur organisme »).

Dès le XX^e siècle, l'extension de la notion de stress aux organismes vivants va se généraliser, ceci sur la base de notions telles que l'homéostasie, concept créé à partir de la théorie cellulaire, et l'adaptation darwinienne. Ce liage stress-homéostasie-adaptation va faire son chemin jusqu'à nos jours. Hans Selye est le chercheur qui a rendu populaire la notion de stress physiologique. En 1963, il utilise ce mot en médecine, et le définit comme étant « des tensions faibles ou fortes, éprouvées depuis toujours, et déclenchées par des événements futurs désagréables ou agréables ». Il y voit des « forces potentiellement destructrices » et parle « d'état de stress » pour décrire les « changements physiques provoqués par une situation stressante ». Il a pu montrer que lorsque l'équilibre homéostatique est perturbé par une demande environnementale, l'organisme réagit toujours par une double réponse. La première est spécifique et correspond à une réponse propre aux demandes environnementales, tandis que la deuxième est non spécifique car elle est identique en toutes situations. Cette dernière est une réponse innée et stéréotypée qui se déclenche d'elle-même dès que l'homéostasie est perturbée. Ainsi, peu importe que l'agent stressant soit d'origine physique ou psychique, interne ou externe, objectif ou subjectif, plaisant ou déplaisant, la réponse non spécifique, physiologique, humorale et endocrinienne sera toujours la même : le fait que l'agent (ou situation) que nous rencontrons soit plaisant ou désagréable n'est d'aucune importance. La seule chose qui compte c'est l'intensité

de la demande de réajustement ou d'adaptation. C'est la notion moderne du stress que nous employons couramment aujourd'hui.

Maints auteurs ont pu montrer que s'adapter ou être adapté à un problème peut se faire de plusieurs manières. Et pour la théorie biologique du stress, il fait partie de l'effort adaptatif en préparant les organismes vivants à des réponses musculaires rapides et intenses, augmentant par là même, la capacité de fuir ou de lutter et donc de survivre.

Il y a deux types de stress : le stress aidant, bénéfique pour notre organisme (« eustress ») et le stress nuisible, gênant (« dystress »). Si le niveau de tension est adapté à la situation, à l'action, il est bénéfique. Si au contraire il n'est pas adapté, disproportionné, il y aura encore plus de tensions et donc, des conséquences physiologiques et psychologiques. On peut donc affirmer que le stress, c'est l'ensemble des réactions de l'organisme (positives ou négatives) à une demande d'adaptation.

1.1.5. L'agent stressant

Selon Audet et Katz, (2006), sur le plan médical, l'usage veut que le mot stress soit réservé aux réponses physiologiques et somatiques induites par un événement répondant aux appellations d'agent stressant, d'agent agressant, de facteur de stress, de « stresseur », de « stressor », voire « d'agent stresseur ».

L'agent agressant est vécu comme un danger et peut entraîner anxiété, angoisse ou panique (Audet & Katz, op. cit.).

1.1.6. Le syndrome de stress post- traumatique : PTSD

Le DSM IV (1994) définit le stress post traumatique comme suit : « Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité)». Les symptômes sont, toujours selon le DSM IV (op. cit.) :

- Reviviscence de l'événement traumatique (critère B) : souvenirs répétitifs et envahissants, rêves répétitifs (chez les jeune enfants jeux répétitifs sur les thèmes du traumatisme ; rêves effrayants sans contenu reconnaissable), impression ou

agissements soudains « comme si l'événement allait se reproduire » (chez les jeunes enfants, reconstitution spécifique du traumatisme), sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices rappelant l'événement accompagné d'une réactivité physiologique ;

- évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (critère C), plus précisément : effort d'évitement de tout ce qui éveille des souvenirs du traumatisme, l'incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme, réduction de l'intérêt et de la participation à des activités importantes, sentiment de détachement d'autrui, restriction des affects, sentiment d'avenir « bouclé » ;

- Une activation neurovégétative dont les difficultés de concentration et l'hypervigilance (critère D) ;

- Le DSM IV (op. cit.), spécifie également que les perturbations entraînent une altération du fonctionnement social et professionnel.

Selon la CIM 10 (Oms, 1993, p. 132), l'état de stress post traumatique, en anglais *post traumatic stress disorder* (PTSD), « est un trouble qui constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Des facteurs prédisposant, tel que certains traits de personnalité (par exemple compulsive, asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution ; ces facteurs ne sont pas toutefois nécessaires ou suffisants pour expliquer la survenue du syndrome » La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. Dans certains cas, ce trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et entraîner une modification durable de la personnalité. En effet, pour que le trouble arrive à provoquer une modification durable de la personnalité, il faut qu'il persiste au moins deux ans à la suite de l'exposition à un facteur de stress catastrophique.

1.1.7. L'état de stress aigu

Le DSM IV (op. cit.) définit le stress aigu de la façon suivante : « Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des

individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur (chez l'enfant, un comportement désorganisé ou agité)». Les manifestations de l'état de stress aigu sont :

- un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ; une réduction de la conscience de son environnement ; une impression de déréalisation, de dépersonnalisation ; une amnésie dissociative.

- reviviscence de l'événement traumatique : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents ;

- évitement persistant des stimuli qui éveillent la mémoire du traumatisme

- activation neurovégétative : difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance... ;

- altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines importants.

- La perturbation dure au minimum deux jours et au maximum quatre semaines et survient dans les quatre semaines suivant l'événement traumatique.

1.2. Cadre théorique général de référence

1.2.1. La psychopathologie

Consacrée à l'étude du dysfonctionnement du comportement humain ou du fonctionnement anormal de l'esprit, la psychopathologie repose sur la compréhension et l'explication des faits observés et expérimentaux. Notre recherche portant sur les psycho traumatismes liés à la maltraitance des enfants, c'est-à-dire les pathologies dues aux traumatismes de la maltraitance, nous retenons donc comme domaine de référence, la psychopathologie dont les théories des sous domaines nous ont servi de grille de lecture des résultats.

La psychopathologie est l'étude psychologique, à partir de l'observation des anomalies présentées par les individus, leur description, leur classification, leur explication (Lafon, 2006).

Fernandez-Zoïla (1997), citant Deshaies, propose trois caractères pour définir la psychopathologie :

- 1) elle vise à la connaissance des structures essentielles de la personnalité morbide et des déterminismes de la pathologie mentale ;
- 2) elle occupe une perspective à la fois théorique et critique, embrassant tous les aspects de l'activité psychique morbide ;
- 3) elle tend à intégrer son savoir dans la connaissance scientifique totale de l'homme.

En définitive, la psychopathologie, selon ces trois caractères, vise l'étude du fonctionnement et des structures anormales de la personnalité, dans une perspective scientifique, avec pour objectif la connaissance totale de l'homme.

Deux grands sous domaines de la psychopathologie peuvent être distingués : la psychopathologie adulte et le psychopathologie de l'enfant.

Nous pouvons distinguer quatre groupes de pathologies dans ces deux sous domaines : les pathologies organiques, psychogènes, traumatiques et psychosomatiques.

Cependant, en psychopathologie, deux types de conceptions sont courantes et correspondent à deux groupes de classification des organisations pathologiques : une

conception psychopathologique classique (classification psychanalytique) et une conception psychopathologique moderne (CIM 10, DSM IV, la classification pédopsychiatrique française)

1.2.2. Les différentes classifications des organisations psychopathologiques

1.2.2.1. La conception psychopathologique classique

Cette conception se base sur quatre critères essentiels pour effectuer la classification : la nature de l'angoisse latente, le mode de relation d'objet, les principaux mécanismes de défense, le mode d'expression habituel du symptôme. Elle distingue deux grandes lignées structurelles fixes : la lignée psychotique et la lignée névrotique, et un aménagement intermédiaire, non stable, les états limites (Bergeret, 1996).

1.2.2.1.1. La lignée structurelle psychotique

La lignée psychotique prend son départ au niveau des frustrations très précoces tirant leur origine, pour l'essentiel, du pôle maternel ; ceci au stade oral ou tout au plus pendant la première partie de la phase anale. Le Moi du sujet a subi de sérieuses fixations et reste bloqué d'emblée ou bien régresse ensuite à ce niveau. On parle en ce moment de préorganisation ou préstructuration qui va subir un silence évolutif pendant la période de latence (Bergeret, op. cit.).

A l'adolescence, il existe encore des possibilités évolutives où on peut voir le moi quitter la lignée psychotique préstructurée pour évoluer vers la lignée névrotique définitive et stable cette fois. Mais cette possibilité évolutive est rare et survient soit en cas de psychothérapie à l'adolescence, soit en cas d'expérience affective intense.

Habituellement, au moment de l'adolescence, un moi préorganisé sur un mode psychotique va tout simplement poursuivre son évolution au sein de la lignée psychotique dans laquelle il est suffisamment engagé ; il s'organisera de façon définitive sous forme de structure psychotique véritable et stable. Il ne sera plus possible de revenir là-dessus ultérieurement : si le sujet tombe malade, si « le cristal se casse » à la suite d'un accident intérieur ou extérieur, nous ne pourrions voir éclore qu'une psychose sous forme variée certes, mais sans autre possibilité pathologique (Bergeret, op. cit.).

La structure psychotique correspond à une défaillance de l'organisation narcissique primaire des premiers instants de la vie. Le mode de relation est fusionnel à la mère ;

c'est l'impossibilité pour l'enfant d'être considéré comme objet distinct de la « mère sujet ». Cette relation fusionnelle se trouvera sans cesse répétée sur le plan interpersonnel. L'angoisse dans une telle structuration est l'angoisse de morcellement, c'est-à-dire, la destruction, la mort par éclatement. Le conflit sous jacent n'est causé ni par le Surmoi, ni par l'idéal du Moi mais par la réalité en face des besoins pulsionnels élémentaires, ce qui conduit à un déni de cette réalité devenue trop gênante.

Les mécanismes de défense dans ce mode de fonctionnement sont : la projection, le clivage du Moi, le déni de la réalité. Ces mécanismes concourant à des phénomènes de dépersonnalisation, de dédoublement de la personnalité et de déréalisation. L'activité synthétique du Moi se trouve abolie dans les cas extrêmes.

a. La structure schizophrénique

La structure psychotique schizophrénique se situe dans la position la plus régressive tout autant du point de vue de l'évolution libidinale que du point de vue du développement du Moi.

Le fonctionnement mental du mode schizophrène est guidé par les mécanismes de condensation, de déplacement, de symbolisation, tributaires des processus primaires, ce qui entraîne du même coup une distorsion, au moins partielle, de la réalité, un relâchement des associations et une apparente logique dite « autistique ». Dans ses conflits avec la réalité, le schizophrène de structure espère que c'est cette réalité qui va pouvoir changer, et non ses besoins, de manière à satisfaire, de façon totale et instantanée, la pulsion pré-génitale à prépondérance orale.

La structure schizophrénique correspond spécifiquement à une organisation psychotique fixée à une économie pré-génitale à dominante orale. Les mères de schizophrènes sont présentées comme autoritaires, surprotectrices, mais en même temps anxieuses et culpabilisées.

b. la structure paranoïaque

La structure paranoïaque occupe la position la moins régressive sur le plan de l'évolution libidinale. Toutefois, il n'est pas évident qu'elle occupe une place plus progressive que la structure mélancolique sur le plan du développement du Moi. Cette structure correspond spécifiquement à une organisation psychotique du Moi fixé à une économie pré-génitale à prépondérance anale particulièrement le premier sous-stade anal. C'est une position de repli devant un échec pour intégrer les apports du

deuxième sous-stade anal. Des mécanismes de défense tels que projection, double retournement de la pulsion et de l'objet sont spécifiques à l'économie paranoïaque.

Freud (cité par Bergeret, op. cit.) décrit en trois étapes successives la façon dont le mécanisme fondamentalement paranoïaque traite la pulsion libidinale pour en arriver au sentiment de persécution : la première étape transforme par une négation de l'affect et un retournement de la pulsion de « c'est lui que j'aime » en « non, je ne l'aime pas, je le hais » ; c'est alors que joue la projection, conjointement à un retournement de l'objet. Cette deuxième étape transforme alors le « je le hais » en « c'est lui qui me hait ». Dans la troisième étape, enfin, le sentiment ainsi aménagé devient conscient et traité comme une perception externe motivant la perception affective définitive : « puisqu'il me hait, je le hais ».

La structure paranoïaque, selon Racamier (cité par Bergeret, op. cit.), se défend avant tout contre ses désirs passifs dirigés vers la mère et secondairement vers le père. Son agressivité, dans la mesure où elle est exprimée et contrôlée consciemment, serait utilisée comme défense contre l'amour primaire de la mère. Les « couples parentaux » de telles structures seraient inversés avec une apparence de domination paternelle masquant l'autorité réelle de la mère. Ce qui le rapproche de la structure schizophrénique.

c. La structure mélancolique

Selon le schéma proposé par Fliess (Bergeret, op. cit.), la structure mélancolique occuperait une position intermédiaire entre structure schizophrénique et structure paranoïaque. Cette hypothèse paraît juste quant au degré atteint par l'évolution libidinale, mais n'est pas certaine quant à l'état d'élaboration du Moi. Il semble, en effet, que le Moi mélancolique, bien que fortement régressé, ait atteint un niveau de maturation et d'adaptation antérieure bien supérieure à celui des organisations paranoïaques.

La structure mélancolique apparaîtrait donc comme occupant une place à part dans la classification du mode structurel psychotique. Si son authenticité psychotique ne fait pas de doute quand elle est établie, cette structure ne peut être comparée, semble-t-il, aux autres structures psychotiques, quant à son étiologie.

La structure mélancolique correspond sur le plan topique à la fois à une faille du Soi et à une faillite de l'idéal de Soi. L'économie pulsionnelle qui avait atteint un niveau où

le phallisme avait pu jouer le rôle organisateur, s'est vue dans l'obligation de régresser, par suite de la réactivation de la blessure narcissique archaïque fondamentale vers les stades prégénitaux à la fois orale et anale. L'angoisse a fait le retour vers une angoisse de morcellement mais où le sentiment que l'objet est perdu maintenant constitue la menace de morcellement. La relation d'objet est dominée par des sentiments hostiles de plus en plus violents. Les mécanismes de défense sont essentiellement un déni secondaire de la réalité doublé d'une introjection très archaïque de type dévorateur. La situation familiale permet de décrire une mère ambivalente dont seuls les aspects frustrants ont été conservés. Les fantasmes sont ceux du deuil impossible de l'objet et aux affects agressifs accompagnant l'introjection.

1.2.2.1.2. La lignée structurelle névrotique

La lignée structurelle névrotique n'a subi que des fixations prégénitales modestes au niveau des stades oraux et du premier sous-stade anal. Le deuxième sous-stade anal se passera sans trop de difficultés, ainsi que le stade phallique ; pendant ce temps, l'oedipe commence à préorganiser la future structure sous le primat de l'économie génitale. C'est l'étape de préstructuration. Le jeune prénévrotique a pu accéder à la triangulation sans de trop lourdes frustrations précoces, ni de trop sévères fixations prégénitales antérieures (Bergeret, op. cit.).

La période de latence se passera ainsi sous silence. Les turbulences de l'adolescence pourront amener à remettre en question le maintien dans la lignée structurelle originelle. Si au moment de l'adolescence, les conflits internes et externes se manifestent de façon trop intense, le Moi peut être amené à se détériorer davantage, à s'adresser à des systèmes relationnels ou défensifs plus archaïques, dépassant la simple économie pulsion-surmoi de type spécifiquement névrotique ; il est conduit à une remise en question plus ou moins sérieuse et plus ou moins durable de la réalité. Le sujet peut se voir alors précipité hors de la lignée névrotique dans la lignée psychotique conduisant à une structuration, à partir de ce moment là, de mode psychotique définitif ne pouvant donner en cas de maladie qu'une psychose (Bergeret, op. cit.).

Cependant, dans la grande majorité des cas et dans des contextes normalement socialisés, au moment de l'adolescence, le Moi névrotiquement préorganisé demeure

dans la lignée de structuration névrotique de façon maintenant définitive. Cette organisation ne pourra plus varier par la suite et si un sujet de cette lignée tombe malade, il ne pourra le faire que selon l'un ou l'autre des seuls modes authentiquement névrotiques : la névrose obsessionnelle ou l'hystérie (d'angoisse ou de conversion) (Bergeret, op. cit.).

La caractéristique principale de la lignée structurelle névrotique est l'organisation de la personnalité sous le primat du génital. La façon dont l'oedipe a été vécu colore toutes les variétés névrotiques au sein de la lignée. Le surmoi n'entre effectivement en jeu qu'après l'oedipe dont il est l'héritier. On ne peut parler par conséquent de surmoi proprement dit que dans les structures névrotiques. Le conflit névrotique se situe entre le surmoi et les pulsions et se joue à l'intérieur du Moi. Le Moi est complet dans l'économie névrotique mais peut demeurer distordu à ses différents niveaux de fonctionnement, soit par suite de difficultés survenues au moment de l'oedipe, soit en raison des fixations pré-génitales venant perturber l'élaboration génitale plus tardive, mais il n'est jamais clivé. L'angoisse des organisations névrotiques est l'angoisse de castration et la relation d'objet se fait sur un mode pleinement génital et objectal. L'objet concerne une position proximale ; il existe en tant que tel et est recherché en ce sens. La défense névrotique caractéristique est le refoulement que d'autres mécanismes accessoires pourront aider, en fonction des variétés névrotiques. Cependant il n'est jamais fait appel au déni de la réalité comme dans les modes psychotiques. La réalité peut se trouver transformée par l'élaboration défensive mais jamais déniée ; la fantasmatisation et les rêves névrotiques correspondent aux satisfactions pulsionnelles hallucinatoires interdites par le surmoi.

Dans le mode névrotique, la relation aux parents a été élaborée sur une base triangulaire et sexuelle fondamentale.

a. La structure obsessionnelle

La structure obsessionnelle se présente comme la plus régressive des structures névrotiques sur le plan libidinal. Elle correspond à une régression du Moi, de l'acte vers la pensée. L'acte qui régresse vers la pensée manifeste est déjà un acte qui défendait contre une pensée latente tant amoureuse qu'agressive considérée comme insupportable par le Surmoi (Bergeret, op. cit.).

L'angoisse de castration concerne la peur de la découverte des pensées et des désirs tant érotiques qu'agressifs. La relation d'objet de mode obsessionnel consiste à maintenir l'autre dans une situation où il se trouve maîtrisé et stérilisé, ni trop près ni trop loin. Le refoulement comme mécanisme principal est appuyé par les mécanismes accessoires d'isolation, de déplacement, d'annulation puis par des formations réactionnelles. La relation primitive aux parents comprend une interdiction portant tout autant sur la haine ressentie à l'égard du parent de même sexe que sur l'amour inspiré par le parent de sexe opposé. Il en résulte une plus grande facilité de rapprochement avec le parent de même sexe et une nécessité d'éloignement du parent de sexe opposé (Bergeret, op. cit.).

b. La structure hystérique

La structure hystérique constitue le maillon le plus élaboré en direction de la maturité. Du point de vue topique, cette structure ne comporte pas de régression du Moi, mais une simple régression de la libido, sans régression dynamique ni temporelle. L'hystérique de structure présente d'importantes fixations au stade phallique d'Abraham, tout en gardant de fortes composantes orales qui, pourtant, ne deviennent jamais organisatrices chez lui (Bergeret, op. cit.).

La caractéristique principale de ce mode d'organisation est la force de la composante érotique dont tous les aspects dominent la vie de l'hystérique et les expériences relationnelles diverses. Les investissements objectaux, du même coup s'avèrent facilement mobiles, variables et multiples bien que ne restant pas forcément sur un plan purement superficiel. Comme défenses, on note la primauté des mécanismes de refoulement sur les autres procédés.

• La structure hystérique d'angoisse

C'est le plus régressif des deux modes de structuration hystérique. C'est elle qui se situe, d'après le tableau de Fliess (cf. figure 1, annexe 5), le plus près de la structure obsessionnelle (Bergeret, op. cit.).

Cette structure ne comporte aucune régression du Moi mais seulement une régression topique et partielle de la libido. Le primat du génital étant respecté, une partie seulement de la pulsion se dirige vers des fixations archaïques aux conflits de l'oralité et de l'analité. L'angoisse de castration se fixe plus particulièrement sur la crainte que la pensée ne se réalise. Quand aux éléments phobiques rencontrés dans les structures

hystériques d'angoisse, ils opèrent une double action : à la fois éviter le contact avec l'objet anxiogène et à la fois le laisser présent « à la portée de la main » ou au mieux, à la portée du regard.

Le refoulement demeure intense mais les retours du refoulé nécessitent la mise en jeu des mécanismes accessoires du déplacement et de l'évitement, spécifiquement phobique. Les représentations fantasmatiques comportent un compromis entre le désir et son affect et d'autre part l'interdiction portant sur la représentation substitutive, pénible mais non coupable, et plus facile à éviter au niveau de l'action.

Les parents des hystérophobiques ont opéré tous deux autrefois, à la fois l'excitation et l'interdiction, d'où l'ambivalence affective, érotique et défensive.

- **La structure hystérique de conversion**

Cette structure repose, comme la structure hystérophobique, sur une régression libidinale très fragmentaire sans régression du Moi. Le primat du génital paraît évident comme dans toute opération mentale de type hystérique. Les fixations aux conflits oraux et phalliques colorent le système relationnel mais ne le structurent point et lui laissent une importante marge de souplesse. L'angoisse de castration porte sur le danger de voir se réaliser un passage à l'acte interdit, d'autant plus redouté que la relation d'objet est maintenue assez proche, de manière à mieux maîtriser l'objet. Dans les cas de pures structurations hystériques de conversion, le refoulement suffit à lui seul et le sujet perd tout recul devant les phénomènes qu'il éprouve, qu'ils demeurent minimes ou importants.

Les représentations fantasmatiques sont colorées d'une forte capacité symbolique réalisant un écran devant l'angoissante prise de conscience de l'érotisation intense de tels sujets.

Les parents de cette catégorie d'enfants semblent avoir opéré le plus souvent un double mouvement parallèle comprenant l'excitation de la part du parent de sexe opposé et l'interdiction de la part du parent du même sexe, mais dans des conditions qui n'auraient pas permis toutefois à l'oedipe de se résoudre et de se dissoudre dans des situations normales, permettant l'accès à une meilleure adaptation maturative. La capacité du parent de sexe opposé à accepter les désirs tendres, comme la capacité du parent de même sexe à ne prendre ni au tragique, ni comme une plaisanterie sans fondement sincère la rivalité éprouvée, n'a jamais été ressentie comme assuré pour

l'enfant qui est demeuré ainsi très près du but évolutif libidinal, mais cependant plus ou moins fixé encore au conflit oedipien dans sa phase ultime, selon son degré évolutif.

1.2.2.1.3. le tronc commun des états-limites

Le Moi, dans le cas des états limites, a dépassé, sans de trop grandes frustrations ni de trop grandes fixations, le moment où des relations initiales et précoces très mauvaises à la mère auraient pu opérer une préorganisation de type psychotique. Ce Moi continue donc, sans trop d'encombre, son évolution vers l'oedipe quand subitement, au moment du début de l'oedipe, le plus souvent, cette situation relationnelle triangulaire et génitale ne peut s'aborder dans des conditions normales. Un fait de réalité du contexte, qui dans d'autres circonstances structurelles n'aurait peut-être pas eu le même impact significatif, est ressenti par le sujet comme une frustration très vive, un risque de perte d'objet. C'est ce que Bergeret (op. cit.) appelle « le traumatisme psychique précoce ».

Ce traumatisme correspond avant tout à un émoi pulsionnel intense survenu dans un état encore trop mal organisé et trop peu mûr quant à son équipement, ses adaptations et ses défenses, pour y faire face dans des conditions inoffensives.

Ce premier traumatisme affectif ou « traumatisme précoce » jouera le rôle de premier désorganisateur de l'évolution du sujet. Son effet immédiat sera de stopper l'évolution libidinale ultérieure du sujet. Cette évolution sera donc figée d'emblée et parfois très longtemps, dans une sorte de pseudo-latence plus précoce et plus durable que la normale. Cette pseudo-latence recouvre ensuite la période de latence normale, puis celle de l'adolescence, remettant ainsi en jeu et en cause aussi bien la génitalité que tous les acquis prégénitaux. Cette pseudo-latence se prolonge au-delà de l'adolescence pour couvrir toute une période de l'âge adulte, parfois même la totalité de la période adulte du sujet jusqu'à sa mort.

Ce blocage évolutif de la maturité affective du Moi au moment où celle-ci n'est pas davantage différenciée sexuellement constitue « le tronc commun des états limites ».

Ce tronc commun ne peut être envisagé comme une véritable structure au sens où il ne bénéficie pas de la fixité, de la solidité, de la spécificité définitive des organisations vraiment structurées.

L'aménagement limite se caractérise par son moi anaclitique, sa relation d'objet anaclitique, son angoisse dépressive, ses instances idéales et ses mécanismes de défense.

a. le Moi anaclitique

Au sein des organisations limites coexistent deux secteurs du Moi, l'un demeurant dans le cadre d'une classique adaptation aux données de la réalité extérieure et l'autre fonctionnant sur un mode beaucoup plus autonome par rapport à la réalité et, essentiellement fixé aux besoins narcissiques internes, à l'anaclitisme rassurant. Cette dualité des secteurs opérationnels ne peut être confondue avec un clivage véritable du Moi comme dans les structures psychotiques. Il ne s'agit nullement d'un éclatement, même partiel, du Moi, mais d'une simple réaction défensive dans les activités du Moi, destinée à éviter justement la menace d'éclatement. Le noyau même du Moi n'est pas touché par cette défense. Le Moi se déforme dans certaines de ses fonctions et va opérer sur deux registres différents : adaptatif et défensif (anaclitique).

b. La relation d'objet anaclitique

Il s'agit d'une relation de grande dépendance qui demeure et est vécue à deux, mais d'une façon bien différente de la relation fusionnelle du psychotique avec sa mère. Pour l'anaclitique, c'est tout autant de l'un que de l'autre des deux parents qu'il s'agit d'être aimé et aidé ; c'est donc ces deux parents qu'il s'agit d'agresser et de maîtriser analement.

c. L'angoisse dépressive

L'angoisse particulière de l'organisation limite est l'angoisse de dépression. Elle survient dès que le sujet imagine que son objet anaclitique risque de lui faire défaut, de lui échapper. En réalité, une angoisse de perte d'objet, car sans l'objet, l'anaclitique risque de sombrer dans la dépression. Il ne s'agit pas de la dépression de type mélancolique, car au stade « limite », l'objet ne peut encore se trouver introjecté. Mais le deuil demeure tout aussi impossible.

d. Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense des organisations limites sont essentiellement l'évitement, la forclusion, les réactions projectives et le clivage de l'objet.

L'évitement de l'organisation limite est du même type que celui habituellement décrit sous le registre phobique : il s'agit pour le sujet d'éviter la rencontre avec la représentation, même quand elle se trouve isolée ou déplacée antérieurement par les mécanismes annexes préalables.

La forclusion concerne également une forme de rejet de la représentation gênante et se situe très près du déni du sexe féminin rencontré dans l'aménagement pervers. La forclusion s'adresse à une image davantage paternelle dont il est nécessaire de rejeter la représentation symbolique.

Les réactions projectives s'apparentent aux mécanismes d'identification projective.

Le clivage des organisations limites est un clivage des représentations objectales, un dédoublement des imagos destiné à lutter contre l'angoisse de perte d'objet et contre le risque d'arriver au deuxième mode de clivage par dédoublement véritable du moi.

1.2.2.2. Les classifications modernes

Nous avons identifié essentiellement trois types de classification des maladies : la CIM-10, le DSM-IV et la classification pédopsychiatrique française.

1.2.2.2.1. Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10)

Le chapitre V (F) de la CIM-10 est celui qui concerne la classification des troubles mentaux et troubles du comportement.

Cette classification subdivise les troubles mentaux en catégories. Nous avons ainsi 11 catégories divisées en section :

a. Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques (F00- F09)

Cette catégorie rassemble tous les troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou lésions cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau.

Nous pouvons citer dans cette catégorie :

- *La démence de la maladie d'Alzheimer (F00)*
- *La démence vasculaire (F01)*
- *Les démences associées à d'autres maladies classées ailleurs (F02)*

- *La démence sans précision (F03) :*
- *Le syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F04)*
- *Le delirium non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F05)*
- *Autres troubles mentaux dus à une lésion ou à un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique (F06)*
- *Troubles de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement cérébral (F07)*
- *Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision (F09)*

b. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

Cette section regroupe des troubles très divers dont la sévérité va de l'intoxication et de l'utilisation nocive non compliquées à des troubles psychotiques manifestes et à la démence. Ils ont en commun le fait d'être en rapport avec l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psycho-actives. Nous avons ainsi :

- *Intoxication aiguë (F1x.0) :*
- *Utilisation nocive pour la santé (F1x.1) :*
- *Syndrome de dépendance (F1x.2) :*
- *Syndrome de sevrage avec ou sans délirium (F1x.3, F1x.4)*
- *Trouble psychotique (F1x.5)*
- *Syndrome amnésique (F1x.6)*
- *Troubles résiduels et troubles psychotiques de survenue tardive (F1x.7)*

c. Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)

La schizophrénie est le trouble le plus courant et le plus important de ce groupe. Le trouble schizotypique comporte de nombreuses caractéristiques de la schizophrénie :

- *Schizophrénie (F20)*

- *Trouble schizotypique (F21)*
- *Troubles délirants persistants (F22)*
- *Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)* : ce groupe est

caractérisé par :

- Le caractère aigu de la survenue du trouble (en deux semaines ou moins) ;
- La présence de symptômes typiques ;
- La présence de facteur de stress aigu.

En général ces troubles guérissent complètement en moins de trois mois, souvent en quelques jours. Ils évoluent rarement vers des états persistants et invalidants.

- *Trouble délirant induit (F24)*
- *Troubles schizo-affectifs (F25)*

d. Troubles de l'humeur (affectif) (F30- F39)

Ce groupe de troubles est essentiellement caractérisé par un changement d'humeur ou des affects, habituellement dans le sens de la dépression (avec ou sans anxiété associée), ou d'une élévation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans le contexte de ces changements. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents. La survenue des épisodes individuels est souvent en relation avec des situations ou des événements stressants.

- *épisode maniaque (F30)*
- *Trouble affectif bipolaire (F31)*
- *Episode dépressif (F32)*
- *Trouble dépressif récurrent (F33)*
- *Troubles de l'humeur persistant (F34)*
- *Autres troubles de l'humeur (F38)*

e. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40- 49)

Cette catégorie regroupe :

- *Les troubles anxieux phobiques (F40)*
- *D'autres troubles anxieux (F41)*
- *Les troubles obsessionnels compulsifs (F42)*
- *Les réactions à des facteurs de stress important et les troubles de l'adaptation (F43)*

La définition de cette catégorie repose non seulement sur la symptomatologie et l'évolution mais aussi sur l'un ou l'autre des facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et conduisant à un trouble de l'adaptation.

La réaction aiguë est un trouble transitoire, sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours.

La survenue d'une réaction aiguë et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme. La symptomatologie est très variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une incapacité à intégrer des stimuli et une désorientation. A cet état peut succéder un retrait croissant par rapport à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative) ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne souvent de symptômes neurovégétatifs, d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue de l'événement stressant, et disparaissent en deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir amnésie partielle ou totale de l'épisode.

Dans le cas de l'état de stress post traumatique, c'est une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant

ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Certains traits de personnalité (compulsive ou asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution.

Les symptômes typiques sont la réviviscence répétée de l'événement traumatisant dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars. Ils surviennent dans un contexte durable « d'asthénie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la réviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale, peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative avec hypervigilance, état de « qui vive » et insomnie, associée fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une autre substance psycho-active. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais dépasse rarement six mois). L'évolution est fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et conduire à une modification durable de la personnalité.

Troubles d'adaptation, état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, surviennent au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. Le facteur peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expérience de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié). Le facteur de stress peut se limiter au sujet ou concerner également ses proches ou sa communauté. La prédisposition et la vulnérabilité individuelle jouent un rôle important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie. Les manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association des trois), un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets ou à supporter la situation actuelle ainsi

- *Abus de substances n'induisant pas de dépendance (F55)*
- *Syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques (F59)*

g. troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)

Cette section regroupe différents états et types de comportements cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression caractéristique de la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Certains de ces comportements apparaissent précocement au cours du développement sous l'influence conjointe des facteurs constitutionnels et sociaux. Les autres sont acquis plus tardivement au cours de la vie.

- *Troubles spécifiques de la personnalité, troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, modifications durables de la personnalité (F60-F62)*

- *Troubles des habitudes et des impulsions (F63)*

- *Troubles de l'identité sexuelle (F64)*

- *Troubles de la préférence sexuelle (F65)*

- *Problèmes psychologique et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle (F66)*

- *Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F68)*

- *Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision (F69)*

h. Retard mental (F70-F79)

C'est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément. La prévalence d'autres troubles mentaux est trois

à quatre fois plus élevée parmi les retards mentaux que dans la population générale. Les capacités d'adaptation sont toujours réduites.

- *Le retard mental léger (70)*
- *Le retard mental moyen (F71)*
- *Le retard mental grave (F72)*
- *Le retard mental profond (F73)*
- *Autres formes de retard mental (F78)*
- *Retard mental sans précision (F79)*

i. Troubles du développement psychologique (F80- F89)

Ces troubles ont en commun :

- Un début, obligatoirement dans la première ou la deuxième enfance ;
- Une altération ou un retard du développement des fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central ;
- Une évolution continue sans rémission ni rechute (ce qui contraste avec l'évolution de nombreux troubles mentaux).

Les fonctions atteintes dans la plupart des cas concernent le langage, le repérage visuo-spatial ou la coordination motrice.

Les caractéristiques essentielles de ces troubles sont qu'ils s'atténuent progressivement avec l'âge et qu'on retrouve des troubles similaires ou apparentés dans les antécédents familiaux et une probable intervention des facteurs génétiques dans l'étiologie.

- *Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80)*
- *Troubles spécifiques des acquisitions scolaires (F81)*
- *Trouble spécifique du développement moteur (F82)*
- *Troubles spécifiques mixtes du développement (F83)*
- *Troubles envahissants du développement (F84)*

- *D'autres troubles du développement psychologique sont classés en F88 et des troubles du développement psychologique, sans précision en F89.*

j. Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence (F90- F98)

Cette catégorie regroupe :

- *Troubles hyperkinétiques (F90)*
- *Troubles des conduites (F91)*
- *Troubles mixtes des conduites et des émotions (F92)*
- *Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance (F93)*
- *Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou à l'adolescence (F94)*
- *Tics (F95)*
- *Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels paraissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence (F98)*
- *Trouble mental sans autre précision (F99) : cette catégorie n'est utilisée que lorsque aucun autre code du chapitre V, F00- F98, ne peut être utilisé.*

1.2.2.2.2. Le DSM-IV

La classification du DSM-IV fait une évaluation multiaxiale comprenant essentiellement cinq axes :

a. Axe I : troubles cliniques et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique.

L'axe I sert à décrire l'ensemble des troubles de la classification, à l'exception des troubles de la personnalité et du retard mental, ainsi que d'autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique et qui sont liées aux troubles mentaux décrits dans le DSM IV de trois manières différentes :

- Le problème nécessite un diagnostic ou un traitement et l'individu n'a pas de trouble mental ;

- L'individu a un trouble mental mais celui-ci est sans relation avec le problème ;

- L'individu a un trouble mental qui est en relation avec le problème mais le problème est suffisamment sévère pour justifier par lui-même un examen clinique.

b. Axe II : troubles de la personnalité et retard mental

Il sert à indiquer les troubles de la personnalité et le retard mental. Il peut aussi être utilisé pour noter les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité et les mécanismes de défense.

c. L'axe III : affections médicales générales

Il permet d'enregistrer les affections médicales générales susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou la prise en charge du sujet ayant un trouble mental. Il s'agit d'affections ne faisant pas partie du chapitre des « troubles mentaux » de la CIM-9-MC (ni du chapitre V de la CIM-10).

Les affections médicales générales peuvent être liées aux troubles mentaux de diverses façons. Dans certains cas, il est clair que l'affection médicale générale joue un rôle étiologique direct dans le développement ou l'aggravation des symptômes mentaux et que le mécanisme de cet effet est d'ordre physiologique. Lorsqu'on juge qu'un trouble mental est la conséquence directe d'une affection médicale générale, on doit faire le diagnostic de trouble mental dû à une affection médicale générale sur l'axe I et on doit enregistrer l'affection générale à la fois sur l'axe I et sur l'axe III.

d. L'Axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux

Cet axe rend compte des problèmes psychosociaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux (axe I et axe II). Un problème psychosocial ou environnemental peut se présenter sous la forme d'un événement de vie négatif, d'une difficulté ou d'une déficience de l'environnement, d'un stress familial ou interpersonnel, d'une inadéquation du support social ou des ressources personnelles ou de tout autre problème relatif à un contexte dans lequel les difficultés de la personne se sont développées. Les facteurs de stress dits positifs tel qu'un avancement professionnel, ne doivent être notés que s'ils constituent un problème ; par exemple quand la personne éprouve des difficultés à s'adapter à la situation

nouvelle. Les problèmes psychosociaux peuvent également être la conséquence de la psychopathologie du sujet ou encore constituer des difficultés qui doivent être considérées lors de la prise en charge.

Les problèmes psychosociaux peuvent être répertoriés comme suit :

- Problème avec le groupe de support principal : décès d'un membre de la famille, problème de santé au sein de la famille, rupture familiale par séparation, divorce ou brouille, déménagement, remariage d'un parent, abus physique ou sexuel, surprotection parentale, négligence envers un enfant, discipline inadéquate... ;
- Problèmes liés à l'environnement social : mort d'un ami, support social inadéquat, fait d'habiter seul, difficulté d'acculturation, discrimination, adaptation aux grandes étapes de la vie (retraite) ;
- Problèmes d'éducation : analphabétisme, problème scolaire, conflits avec les enseignants ou les camarades de classe, environnement scolaire inadéquat ;
- Problèmes professionnels : chômage, menace de perte d'emploi, horaires de travail stressants, conditions de travail difficiles, insatisfaction au travail, changement d'emploi, conflits avec l'employeur ou les collègues ;
- Problèmes de logement : absence de domicile fixe, logement inadapté, insécurité du quartier, conflits avec les voisins ou le propriétaire ;
- Problèmes économiques : très grande pauvreté, insuffisance des revenus et des prestations sociales ;
- Problèmes d'accès aux services de santé : services de santé inadaptés ou non desservis, sécurité sociale inadaptée ;
- Problèmes en relation avec les institutions pénales/judiciaires : arrestation, incarcération, litige, victime d'un crime ;
- Autres problèmes sociaux et environnementaux : catastrophes naturelles, guerres, autres conflits....

e. Axe V : évaluation globale du fonctionnement (EGF)

L'axe V permet au clinicien d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu. Cette information est nécessaire pour planifier le traitement, évaluer son impact et prédire son résultat.

L'enregistrement du fonctionnement global sur l'axe V se fait à l'aide de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (échelle GAF ou EGF)

Outre cette classification multiaxiale, une forme non axiale nous permet de regrouper les troubles mentaux sous seize principales catégories subdivisées en sections :

1) *Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence*

Sous cette catégorie nous avons :

2) *Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs*

3) *Troubles mentaux dus à une affection médicale générale*

4) *Troubles liés à une substance*

Ils sont subdivisés en deux groupes : ceux liés à l'utilisation d'une substance et ceux induits par une substance.

5) *Schizophrénie et autres troubles psychotiques*

6) *Troubles de l'humeur*

7) *Troubles anxieux*

8) *Troubles somatoformes*

9) *Troubles factices*

10) *Troubles dissociatifs*

11) *Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle*

Cette catégorie regroupe les dysfonctions sexuelles, les paraphilies et les troubles de l'identité sexuelle.

12) *Troubles des conduites alimentaires*

13) *troubles du sommeil*

On distingue dans cette catégorie les troubles primaires du sommeil, les troubles du sommeil liés à un autre trouble mental et d'autres troubles du sommeil dû à une affection médicale générale ou induit par une substance.

14) *troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs*

15) *Troubles de l'adaptation*

16) *Troubles de la personnalité*

17) *Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique*

On classe dans cette catégorie :

- Les facteurs psychologiques influençant une affection médicale
- Les troubles des mouvements induits par un médicament
- Les problèmes relationnels comprenant les modèles d'interaction entre ou parmi les membres d'une unité relationnelle.

- Les problèmes liés à l'abus ou à la négligence : cette section est utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est la maltraitance sévère d'un individu par un autre, par le biais d'un abus physique ou sexuel, ou par négligence d'un enfant. Le code V approprié s'applique si le motif d'examen concerne l'auteur de l'abus ou de la négligence, ou l'unité relationnelle dans laquelle les faits se sont perpétrés. Si l'individu évalué est la victime de l'abus ou de la négligence, il faut coder Y07.x [995.5] pour un enfant ou Y07.x [995.81] pour un adulte.

- Les situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

1.2.2.2.3. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

C'est une classification statistique bi-axiale comportant un glossaire. L'axe I est clinique et est consacré aux catégories cliniques de base ; l'axe II est consacré aux facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques. Le glossaire contient des définitions et des critères d'inclusion et d'exclusion.

Cette classification vise à dégager des syndromes, des organisations, des perturbations, qui se distinguent les unes des autres par leur nature et leurs virtualités évolutives.

a. Axe I : Catégories cliniques de base

Il est divisé en neuf catégories cliniques de base. Celles-ci sont subdivisées en sous-catégories permettant d'affiner le classement. Ainsi nous avons :

1) Les psychoses

- 2) *Les troubles névrotiques*
- 3) *Les pathologies de la personnalité (hors névroses et psychoses)*
- 4) *Troubles réactionnels*
- 5) *Les déficiences mentales (arriération, déficits mentales, démences)*
- 6) *Les troubles des fonctions instrumentales*
- 7) *Les troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool*
- 8) *Les troubles à expression somatique et/ou comportementale*
- 9) *Variation de la normale*

Il s'agit ici de symptômes ou de conduites qui ne peuvent être inclus dans l'un des cadres précédents. Certains se trouvent souvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent. Ils sont ainsi transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement, sans que leur intensité ou la gêne qu'ils apportent éventuellement à la vie relationnelle leur donnent pour autant une valeur pathologique.

b. Axe II : facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques

Cet axe permet de retenir, sous deux rubriques distinctes, les atteintes organiques et les conditions d'environnement qui paraissent nécessaires à la classification. Ainsi nous avons :

3) Facteurs organiques

1.1. Pas de facteurs organiques reconnus

1.2. Facteurs anté-natals d'origine maternelle

Ici on classe les facteurs à l'origine d'une atteinte embryonnaire ou fœtale acquise in utero.

1.3. Facteurs périnataux

Il s'agit des facteurs intervenant tout à la fin de la grossesse, lors de la naissance et des premiers jours de vie.

1.4. Atteintes cérébrales post-natales

1.5. Maladie d'origine génétique ou congénitale

On a les maladies de l'enfant liées à une affection prénatale génétique ou congénitale engendrant (ou risquant d'engendrer) une atteinte-cérébrale.

1.6. Infirmités et affections somatiques au long cours

On classe ici les infirmités et affections somatiques au long cours pouvant comporter une grave invalidité.

1.7. Convulsions et épilepsie

1.8. Autres facteurs organiques

1.9. Pas de réponses possibles par défaut d'information

2) Facteurs et conditions d'environnement

20) Pas de facteurs d'environnement à retenir

21) Troubles mentaux ou perturbations psychologiques dans la famille.

22) Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles

23) Mauvais traitements et négligences graves

Ils concernent les enfants maltraités : sévices physiques, abus sexuels, négligences graves et violences émotionnelles. Les sous-catégories essentielles sont :

23.0 Sévices et violences physiques (quelle qu'en soit la forme)

23.1 Négligences graves

23.2 Abus sexuels

23.3 Autres mauvais traitements et négligences

Cette partie sur les mauvais traitements est celle qui concerne notre étude, car nous cherchons à identifier les types de mauvais traitements subis par les enfants et les adolescents au Togo et leurs conséquences psychologiques sur la vie des enfants concernés. A cet effet, notre objectif est de fournir des données pour la prévention et la prise en charge précoce des troubles qui en découlent.

24) Evénements entraînant la rupture des liens affectifs

Il faut retenir seulement les événements qui ont pour conséquence une rupture d'un lien affectif de gravité indéniable et qui surviennent dans le déroulement de l'histoire

de l'enfant. Ces événements sont notés même s'ils sont anciens ou si leur incidence sur la symptomatologie actuelle ne paraît pas évidente.

L'analyse des différentes classifications des organisations pathologiques nous permet de recenser une classification psychopathologique classique présentée par la théorie psychanalytique freudienne et trois classifications psychopathologiques modernes dont l'une porte sur la psychopathologie des enfants et des adolescents.

La classification psychopathologique classique (la plus ancienne) a le mérite de présenter les grandes organisations prémorbides de la personnalité, qui ne sont pas pour autant des états pathologiques mais des organisations structurelles qui prédisposent les individus à des états pathologiques précis.

Les trois classifications modernes présentent quant à elles des états pathologiques actuels et des problèmes existentiels nécessitant une consultation médicale ou psychologique. Présentés sous forme de catégories subdivisées en sections ou en sous-catégories, ces classifications répertorient tous les problèmes de santé mentale conventionnellement reconnus comme tels. Ainsi, on distingue nettement sous les catégories de ces classifications, des sections consacrées à de la maltraitance ou abus (physique, psychologique, sexuel ou négligence) et des sections consacrées à des réactions à des facteurs de stress.

Ainsi, le DSM- IV, sous son axe I, décrit les problèmes liés à l'abus et à la négligence, sous la catégorie « autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique » ; et sous la catégorie des troubles anxieux, il présente l'état de stress post-traumatique et le stress aigu qui sont des troubles découlant logiquement des facteurs de stress dont les agressions et les abus de tous genres. Cependant, il est à remarquer que l'état de stress post-traumatique et le stress aigu ne sont pas les seuls troubles psychotraumatiques que peut présenter un sujet victime de traumatisme psychique. C'est pour cette raison que nous n'avons pas utilisé le DSM-IV comme grille de lecture.

La CIM- 10, elle, ne distingue pas nettement les situations de maltraitements ou abus des réactions liées à des facteurs de stress. Elle décrit dans une même section (réaction à des facteurs de stress) de la catégorie troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatiques, les facteurs de stress (agression, catastrophes naturelles, humaines...) et les troubles manifestés par un individu soumis à ces

facteurs de stress. Nous avons pu noter comme troubles liés à des facteurs de stress : le trouble d'adaptation, la réaction aiguë, et l'état de stress post-traumatique. La classification de la CIM- 10, présente les facteurs de stress et les troubles développés chez des sujets adultes confrontés à ces facteurs de stress ; elle ne fait pas ressortir la spécificité de ces troubles chez les enfants et les adolescents. Pour cela, nous ne pouvons pas nous en servir comme grille de lecture.

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent classe dans sa catégorie facteurs et conditions environnementaux, les mauvais traitements et négligence. Cette classification est celle qui concerne spécifiquement les enfants et les adolescents. En plus elle consacre une section à la description des mauvais traitements et négligence des enfants. Nous nous référons à cette classification donc à juste titre. Cependant, notre soucis est surtout de décrire les troubles psychopathologiques développés par les enfants confrontés à de la maltraitance ; c'est pour cette raison que nous faisons référence également à des auteurs tels que De Clercq, Lebigot et Bailly pour décrire les conséquences psychotraumatiques d'un événement majeur chez un enfant. Mais pour l'explication de ces troubles nous faisons recours à la théorie psychanalytique. En effet les classifications modernes et les auteurs précités décrivent les manifestations visibles suite à l'exposition à un facteur de stress ; ils ne s'intéressent pas aux processus psychiques en jeu au moment de l'exposition à un facteur de stress, ni aux mécanismes de la personnalité qui sous-tendent ses manifestations psychotraumatiques.

**II. CADRE THEORIQUE SPECIFIQUE ET THEORIES
DE REFERENCE**

2.1. Cadre théorique spécifique : la psychotraumatologie

2.1.1. Rappel historique

La psychotraumatologie est le sous-domaine de la psychopathologie qui s'intéresse aux processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques.

Les premiers témoignages relatifs aux réactions psychotraumatiques datent de deux mille ans avant Jésus-Christ et révèlent la souffrance des Sumériens de Basse-Mésopotamie à la suite de la destruction de Nippur (Josse, 2007).

L'histoire sera ensuite émaillée d'observations ponctuelles de troubles post-traumatiques mais il faudra attendre le début du 19^{ème} siècle pour que ces troubles suscitent l'intérêt du monde médical (en 1809, première description d'une névrose traumatique par Philippe Pinel, aliéniste français, dans son traité pour l'humanisation du traitement des aliénés).

La seconde moitié du 19^{ème} siècle verra cet intérêt s'accroître. Les scientifiques français et anglais se penchent alors sur les réactions post-traumatiques manifestées à la suite d'accidents ferroviaires et en 1884, Herman Oppenheim, un neurologue allemand, les regroupe sous le vocable de « névrose traumatique » (Josse, op. cit.).

Tout au long du 20^{ème} siècle, l'intérêt pour les troubles traumatiques connaîtra un essor progressif et continu. Les guerres, particulièrement les deux conflits mondiaux ainsi que la guerre du Vietnam, se révéleront un terrain particulièrement fertile d'études théoriques et d'expérimentations pratiques. Sigmund Freud, Pierre Janet, Sandor Ferenczi et Otto Fénichel, ... enrichissent les connaissances par leurs réflexions sur les processus psychiques en jeu dans les réactions traumatiques. Ils initient également les premiers traitements psychothérapeutiques (hypnothérapie, psychanalyse), en particulier des séquelles de traumatismes anciens. L'armée, quant à elle, instaure des soins immédiats et la « psychiatrie de l'avant » voit ainsi le jour pendant la guerre russo-japonaise de 1904 -1905. Progressivement, psychiatres et psychologues du monde entier élaborent de nouvelles techniques appropriées tant à réduire les réactions aiguës qu'à prévenir les séquelles à long terme des événements traumatiques (Josse, op. cit.). Ils affinent les procédures et les adaptent aux différentes populations de victimes (militaires, pompiers, policiers, victimes d'attentat, de violences sexuelles, de torture, population tout venant, etc.).

Le dernier pas décisif du vingtième siècle se situe en 1980, suite aux séquelles traumatiques durables manifestées par les vétérans du Vietnam. Suite à ces observations, le DSM-III introduit dans sa nosographie un trouble psychiatrique nommé « Post-Traumatic Stress Disorder » et généralement signalé par l'acronyme PTSD (traduit en français par Etat de Stress Post-traumatique ou ESPT). Ce syndrome, bien que largement critiqué et critiquable, aura cependant permis de faire connaître la notion de traumatisme psychique à un large public. Son plus grand mérite aura été de « normaliser » les réactions post-traumatiques trop longtemps attribuées à une vulnérabilité individuelle et, en conséquence, considérées comme l'attribut des faibles.

Déjà, en 1920, dans son ouvrage « Au-delà du principe de plaisir », Freud définissait le traumatisme comme suit : « Toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet » (Josse, op. cit.). Le traumatisme est donc un choc émotionnel important, généralement lié à une situation où une personne ou un groupe de personnes a senti sa vie en danger et qui met en péril son équilibre psychique. Ces situations dépassent les capacités de gestion de la majorité des individus. Elles sont « porteuses de sens et vécues comme une rupture et un enjeu : rupture par rapport à la continuité du passé, enjeu comme annonce de changements potentiels importants » (Josse, op cit., p.2).

Selon la définition freudienne, la situation traumatogène se constitue massivement et brusquement. Elle est hors du commun, exceptionnelle, grave, et entraîne les individus dans un tourbillon de violence. Les actes intentionnels (agressions physiques, viols, abus sexuels, vols et cambriolages avec violence, hold-up, viols, actes terroristes, faits de guerre, etc.), les événements accidentels (accidents ferroviaires, carambolages, incendies, accidents de travail, accidents industriels) et les catastrophes naturelles (tremblements de terre, tsunamis, inondations, tornades, glissements de terrain, etc.) répondent à cette conception de l'événement traumatisant.

Néanmoins, dans certains cas, la situation à l'origine de la souffrance traumatique n'est pas un événement massif mais un épisode mineur. Cet incident fait passer la personne au-delà de son seuil de tolérance car il s'additionne à une charge progressivement accumulée de facteurs stressants (parfois mineurs, prévisibles et répétitifs) ou à une série d'événements difficiles (au niveau professionnel et/ou privé).

Par ailleurs, un stress important ou une situation rappelant directement ou symboliquement un événement ancien, sont également susceptibles d'activer la charge traumatique d'un événement ancien qui, malgré ses potentialités traumatogènes, n'avait pas produit de symptomatologie au moment de son occurrence.

D'autre part encore, des événements douloureux personnels récents (rupture sentimentale, accident ou maladie grave du sujet ou d'un de ses proches, deuil d'un proche, perte d'emploi, etc.) fragilisent les individus. Ainsi, il n'est pas rare qu'un événement stressant déclenche une symptomatologie traumatique lorsque que la victime n'a pas résolu un deuil significatif.

Ainsi divers paramètres interviennent dans la définition de la situation et des facteurs traumatogènes.

2.1.2. Les facteurs traumatogènes

Josse (2007) a répertorié plusieurs paramètres des événements traumatisants : ils peuvent être individuels ou collectifs, d'origine naturelle ou humaine, intentionnels ou accidentels, etc.

2.1.2.1. Les traumatismes individuels

Les traumatismes individuels recouvrent des réalités multiples :

- **Les accidents** : les accidents domestiques, de la route, au travail, les incendies, etc.

- **Les agressions physiques** : les vols, hold-up, car et home-jacking avec menaces et/ou violence physique, les tiger kidnapping, les viols, la violence intrafamiliale, la torture, etc.

- **Les agressions morales** : la contrainte à violer des tabous et des valeurs de sa communauté, les menaces diverses concernant la personne ou ses proches, l'atteinte à l'intégrité physique ou psychologique des proches, etc.

- **Les agressions physiques et morales** : la torture, les abus sexuels, etc.

Ces traumatismes individuels peuvent se produire dans une situation de traumatisme collectif en temps de paix (par exemple, être victime de viol dans un pays secoué par un tremblement de terre) ou dans des contextes de violence généralisée (par exemple, être victime de viol ou être torturé dans une situation de guerre).

Outre le sujet qui l'a subi, un traumatisme individuel peut affecter la famille mais également la communauté. L'exemple le plus frappant est celui du viol. Il produit des sentiments d'humiliation et de honte non seulement chez la femme violée mais également dans tout son entourage. Stigmatisées socialement, ces femmes et leur famille rencontrent des difficultés dans les relations qu'elles établissent avec les membres du groupe dans son ensemble.

2.1.2.2. Les traumatismes collectifs

- **Les accidents** : les incendies, les explosions accidentelles, les accidents industriels, nucléaires, ferroviaires, etc.

- **Les agressions physiques** : les faits de guerre, les prises d'otage, les hold-up, etc.

- **Les agressions morales** : les intimidations, les menaces et les humiliations de la part de dirigeants, d'une communauté ou d'un groupe de personnes à l'encontre d'une minorité, d'une communauté religieuse, d'une ethnie, etc.

- **Les agressions physiques et morales** : la torture collective, les camps d'extermination, les génocides, etc.

2.1.2.3. Traumatismes d'origine naturelle ou humaine

L'agent stressant peut être d'origine naturelle (catastrophes naturelles, épidémies) ou humaine (catastrophes industrielles, guerre, terrorisme, accidents divers, etc.).

- **Traumatismes d'origine naturelle**

Les catastrophes peuvent être climatiques, géologiques ou épidémique : raz-de-marée, ouragans, inondations, sécheresse, famine, tremblements de terre, éruptions volcaniques, incendies de forêts, pathologies virales virulentes, etc.

Les catastrophes dites « naturelles » ne le sont généralement que jusqu'à un certain point. Nombre d'entre elles affectent, en effet, des personnes rendues vulnérables par les conditions de vie et d'habitat qui leur sont imposées. Par exemple, les pauvres et les indigents des pays en voie de développement n'ont parfois comme possibilité pour s'installer que des zones susceptibles d'être submergées par les crues d'un fleuve. De plus, on notera que de nombreuses catastrophes naturelles ont aussi des causes ou des effets décuplés par les activités humaines (par exemple, l'effet de serre).

Impuissant devant les catastrophes naturelles, l'homme y voit généralement la colère des dieux et ce, quelle que soit la culture. (Josse, op. cit.)

Traumatisme d'origine humaine

Lorsqu'il est d'origine humaine, l'événement peut être provoqué intentionnellement (maltraitements, agressions, guerres) ou accidentellement (accidents divers, éboulements mortels provoqués en fouillant les débris à la recherche de survivants, « dégâts collatéraux » des guerres).

L'agent agressif peut être un membre de la famille (par exemple violence intrafamiliale, inceste), une connaissance (agressions dans les disputes de voisinages, abus sexuels) ou un étranger. Lorsque la mort, les blessures, la souffrance et les dégâts sont occasionnés, entretenus et exacerbés délibérément par un tiers malveillant, les valeurs humaines fondamentales, tels que la paix, la générosité, l'altruisme, la solidarité, la morale, le prix de la vie et l'intelligibilité des choses, sont déniées. Il y a transgression des lois les plus élémentaires régissant l'humanité. Le vécu traumatique suscite dès lors une interrogation sur la nature humaine.

2.1.3. Les différentes formes de traumatismes

Selon Josse on peut regrouper les traumatismes sous quatre types essentiels:

2.1.3.1. Les traumatismes de type I

C'est à Lenore Terr que l'on doit la première catégorisation des traumatismes en deux types. (Josse, op. cit.)

Elle entend par traumatisme de type I, « un événement traumatique unique présentant un commencement net et une fin claire. Ce type de traumatisme est induit par un agent stressant aigu, non abusif ». (Josse, op. cit., p. 6)

Exemples : une agression, un incendie, une catastrophe naturelle.

Notons qu'un traumatisme de type I peut avoir des conséquences à long terme, elles-mêmes à l'origine d'une souffrance psychique, voire traumatique. Ainsi, une personne blessée lors d'une agression peut garder un handicap physique ; une famille déplacée pour cause de destruction de son logement par un tremblement de terre souffrira probablement des conditions de vie précaires dans un camp.

2.1.3.2. Les traumatismes de type II

Lenore Terr parle de traumatisme de type II « lorsque l'événement s'est répété, lorsqu'il a été présent constamment ou qu'il a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps ». Il est induit par un agent stressant chronique ou abusif.

Exemples : la violence intrafamiliale, les abus sexuels, la violence politique, les faits de guerre, etc.

Tout traumatisme est, au départ, de type I. Les réactions présentées par les victimes sont identiques à celles faisant suite à un agent stressant de type I mais lentement, avec le développement d'un type II, se manifestent des mécanismes d'adaptation de plus en plus pathologiques.

Il est important de ne pas confondre une personne dont la vie est émaillée de nombreux traumatismes de type I (par exemple, perdre ses biens dans un incendie puis, quelques années plus tard, être délesté de son argent lors d'une agression, être témoin d'un accident grave, échapper à la mort dans un carambolage, etc.) avec celle qui souffre de traumatisme de type II.

Les traumatismes induits par un abus sexuel ou par la torture doivent être assimilés aux traumatismes de type II, voire aux traumatismes de type III, même si l'agent stressant ne s'est présenté qu'une seule fois dans la vie de la personne.

2.1.3.3. Traumatismes de type III

Solomon & Heide ont différencié une troisième catégorie de traumatismes (Josse, op. cit.). Ils parlent de traumatismes de type III pour désigner « des événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps. Ils sont induits par un agent stressant chronique ou abusif » (Josse, op. cit., p. 6).

Exemples : les camps de prisonniers de guerre et de concentration, la torture, l'exploitation sexuelle forcée, la violence et les abus sexuels intrafamiliaux, etc.

2.1.3.4. Les traumatismes de type IV

Josse (op. cit.), elle-même, propose une quatrième catégorie pour désigner les traumatismes en cours. Ce qui les différencie des traumatismes de type I, II ou III, c'est qu'ils se poursuivent dans le présent.

Exemples : une équipe confrontée au kidnapping ou à la prise d'otage en cours d'un des leurs (humanitaires, journalistes, etc.), les faits de guerre, les épidémies mortelles (choléra, SARS, Marburg, etc.), la violence et les abus sexuels intrafamiliaux.

L'auteur différencie également d'une part, les traumatismes simples des traumatismes complexes et, d'autre part, les traumatismes directs des traumatismes indirects :

- Les traumatismes simples

Ils peuvent être définis comme des traumatismes de type I tels que précisés par Terr:

- Les traumatismes complexes

C'est à Herman, professeur à la *Harvard Medical School*, que l'on doit la distinction entre traumatismes complexes et traumatismes simples. Elle définit les traumatismes complexes comme « le résultat d'une victimisation chronique d'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes » (Josse, 2007, p.7). Dans ces situations, la victime est généralement captive durant une longue période (mois ou années), sous le contrôle de l'auteur des actes traumatogènes et incapable de lui échapper. Les traumatismes complexes sont à rapprocher des traumatismes de type III définis par Solomon et Heide (Josse, op. cit.).

Exemples : les camps de concentration et de prisonniers de guerre, les maisons closes, la violence familiale constante, la violence physique grave et constante, les agressions sexuelles durant l'enfance, les groupes d'enfants victimes de la traite des êtres humains.

- Les traumatismes directs

On parle de traumatisme direct lorsque la victime a été confrontée au chaos, au sentiment de mort imminente ou d'horreur. Elle peut avoir été sujet (avoir subi), acteur (avoir provoqué volontairement ou involontairement) ou témoin (avoir vu) de l'événement traumatisant (Josse, op. cit.).

- Les traumatismes indirects, la traumatisation vicariante ou traumatisme par ricochet

En 1939, au début de la seconde guerre mondiale, devant la menace de bombardement des grandes villes (particulièrement de Londres), le gouvernement britannique a pris la décision d'évacuer 1.500.000 enfants vers les campagnes (notamment vers Cambridge). Les premiers résultats sur les effets de l'évacuation rapportés par la

Société britannique de psychologie sont rassurants, le pourcentage d'enfants évacués présentant des troubles étant comparable à celui de la période antérieure de paix (8%). Mais dès les premiers mois de 1941, lorsque surviennent les bombardements, la prévalence des troubles atteint 45 à 50% des enfants qu'ils aient été évacués ou non. Les enfants pris sous le feu des bombardements auraient manifesté les réactions les plus intenses tandis que les enfants évacués auraient souffert de conséquences plus persistantes et plus pernicieuses. Eloigner les enfants du danger ne les avait donc pas épargné de la souffrance traumatique. On découvrait ainsi qu'un enfant, même très petit, pouvait être « contaminé » par le vécu de son entourage (Josse, op. cit.).

Il est aujourd'hui admis qu'un sujet, enfant comme adulte, qui n'a pas subi de traumatisme direct, peut présenter des troubles psychotraumatiques consécutifs aux contacts qu'il entretient avec une personne ou un groupe de personnes traumatisées. Dans ce cas, la rencontre avec la personne traumatisée constitue en elle-même l'événement traumatisant. On parle de traumatisme vicariant, de traumatisation vicariante, de traumatisme par ricochet ou de traumatisme secondaire.

Exemples : les hôtes, famille et amis, recueillant des personnes affectées par un traumatisme grave, les enfants réintégrant la cellule familiale après que leurs parents aient subi des événements traumatogènes, etc.

2.1.4. les facteurs de vulnérabilité ou de risque traumatique

Il s'agit de facteurs qui majorent le risque traumatique après l'exposition à un événement traumatogène. Comme facteurs on peut avoir :

- le sexe féminin : il apparaît comme un facteur de risque indiscutable. A niveau d'exposition égal, il multiplie par deux le risque ESPT (De Clercq & Lebigot, 2001).

- Les antécédents psychiatriques et la comorbidité (particulièrement les autres troubles anxieux, la dépression), pris au sens large, incluant les troubles des conduites (types conduites addictives) sont des facteurs de risque bien classiques. La comorbidité est en plus un facteur de chronicité de l'ESPT, particulièrement la dépression.

- Le bas niveau socio-économique est un des facteurs également reconnus. Il serait, selon Breslau (1998, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.), le seul facteur probant par rapport à d'autres paramètres socio-démographiques tels que

la race, le statut marital, le niveau d'éducation, la situation par rapport à l'emploi, etc qui interviennent comme facteurs de confusion. Le niveau socio-économique était également le seul facteur de risque significatif parmi ceux retrouvés par Davidson & al. (1991, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.) lorsque la comorbidité était contrôlée.

Les résultats de la « national comorbidity survey » (Kessler, 1994, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.) semblent montrer que la vulnérabilité du jeune âge n'est pas un facteur de risque en tant que tel mais elle est également liée à une plus forte comorbidité ou à un niveau de préparation psychologique moindre.

Certains facteurs survenant chez un sujet soumis à un événement (donc plus directement liés à l'événement) ont été mis en évidence : le fait d'avoir perdu un proche ou d'avoir été témoin d'une mort (Bryant, 1995, Ursano, 1995, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.) ou d'avoir fortement risqué sa vie (Selley, 1997 cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.) ou encore le fait d'avoir des tâches mortuaires comme la manipulation de cadavres (De Montleau, 1998, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.), le fait d'avoir été régulièrement blessé physiquement (resnick, 1992, Abenhaim, 1992 & Jehel, 1999, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.), particulièrement lorsque ces blessures sont des brûlures (Davis, 1994 ; Eptein, 1998).

2.1.5. Le traumatisme psychique

Nous définissons le traumatisme psychique comme un choc violent, surprenant le sujet qui ne s'y attendait pas et qui s'accompagne d'effroi. Le choc est violent aussi bien par son intensité (subjective) que par l'effet de surprise qu'il produit sur le sujet se trouvant confronté à un événement traumatisant.

L'effroi correspond à un état d'horreur, au-delà de la peur, de l'angoisse et du stress et traduit la rencontre avec le réel de la mort. Freud (1920, cité par De Clercq & Lebigot, 2001), différencie fondamentalement la peur où le rapport à l'objet du danger est exclusif, l'angoisse où le rapport au danger est plus important qu'à l'objet de ce danger et l'effroi qui est l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y avoir été préparé. L'effroi, c'est-à-dire la rencontre avec le réel de la mort, s'exprime par un « blanc », un « vide » sans mots, sans paroles, traduisant l'incapacité pour le psychisme de se représenter la « mort ». Devant cette incapacité, le traumatisme introduit au cœur du psychisme une effraction, c'est-à-dire une

« véritable menace interne », car installé dans le psychisme, l'image du réel de la mort ne trouvera pas de représentation pour la porter, et Lebigot (1999, cité dans De Clercq & Lebigot, op. cit.), nous précise qu'elle « ne se comportera pas comme un souvenir : elle restera intacte, au détail près et, lorsqu'elle surgira à la conscience (dans le cauchemar ou dans la vie éveillée), ce sera toujours au temps présent, comme un événement en train de se produire ».

L'impossibilité pour le sujet de se référer à des signifiants devant cette rencontre avec le réel de la mort, vient de ce que la mort vraie, à laquelle il vient d'être confronté, n'a pas de représentation dans son psychisme, pour la bonne raison qu'elle n'a jamais eu de « représentation » préalable. Les concepts de déguisement construits par la conscience et la culture, tels que le sommeil, le cadavre et les rites mortuaires, ne peuvent expliquer, ni maîtriser cette confrontation (De Clercq & Lebigot, 2001).

Cette effraction dans le fonctionnement du sujet va provoquer une blessure psychique irrémédiable, se manifestant par des troubles psychiques importants dans l'immédiat mais aussi à long terme.

Ce qui fait traumatisme psychique n'est pas la qualité de l'événement traumatogène mais bien la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort. Ainsi, un événement, malgré son aspect spectaculaire, peut ne pas avoir été, pour tel sujet, traumatisant et, en revanche, l'avoir été pour un autre.

Dans le cadre de notre recherche, les différentes formes de maltraitance (physiques, psychologiques, sexuelles) constituent des événements traumatisants (ou des facteurs traumatogènes) ; l'impact (subjectif ou objectif) de la violence produit par ces maltraitements constitue le traumatisme psychique. Ce dernier pouvant à moyen ou à long terme provoquer des conséquences psychotraumatiques.

2.1.6. Les conséquences psychologiques des traumatismes psychiques

Dans le silence de l'effroi, l'image traumatique installe une menace interne, donc à demeure, une source d'angoisse qui aura ses effets, non seulement dans l'immédiat, mais aussi sur le long terme (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.1. Les conséquences psychologiques immédiates

2.1.6.1.1. La menace interne

Bien souvent, au sortir de l'événement, le sujet ne se sentira en sécurité nulle part. La mort peut être pensée comme ubiquitaire, omniprésente. Certains rentrent se cacher chez eux, volets fermés, guettant les bruits et n'en sortent plus (De Clercq & Lebigot, op. cit.). Très vite, des patients peuvent exprimer deux choses qui vont les accompagner longtemps, l'une découlant de l'autre. D'un côté, ce que les anciens auteurs avaient désigné comme « la fin de l'illusion d'immortalité », de l'autre, le sentiment dépressogène de « n'être plus comme avant » (De Clercq & Lebigot, op. cit.). En effet, ils ne sont plus comme avant, la peur les habite, le danger est partout. Quelques uns se vivent comme « en sursis », « déjà morts », des « zombies ». Des phénomènes plus subtils, mais psychologiquement douloureux, peuvent se produire rapidement, parmi lesquels un désinvestissement objectal. Ils ne sont plus capables d'aimer parce que les retrouvailles avec « l'objet perdu » paralysent le désir. La « culpabilité du survivant » trouve parfois là son origine (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

Cette menace interne révèle déjà là ses potentialités à devenir plus tard une source de fascination et d'attachement à l'image traumatique (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.1.2. La honte et l'abandon

Ils peuvent aussi se manifester précocement. La honte empêche le sujet, rentré chez lui, de raconter à son entourage ce qu'il vient de vivre, que celui-ci ne pourra deviner. Le point de départ d'un malentendu avec les proches et d'un repli sur soi agressif est souvent là (De Clercq & Lebigot, op. cit.). De même, précocement, peuvent apparaître des phobies, par exemple une phobie de transport en commun. L'ensemble des comportements de la victime indique qu'elle se sent porteuse d'une « souillure » qu'elle voudrait cacher (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

Dans certaines situations, les effets des sentiments d'abandon sont encore plus nets, si la réalité post-événementielle semble les justifier : soldat ayant perdu sa section, personne agressée dans une rue déserte, victime d'attentat qui reste toute une nuit effondrée dans une cabine téléphonique parce que l'interlocuteur recherché n'a pas répondu à son premier appel. Ces expériences de détresse extrême, d'absolue déréliction vont installer d'emblée un état grave et le souvenir de ces premières heures

sera parfois une source de souffrance psychique plus grande que l'événement lui-même, quelle qu'ait été sa violence (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

Plus généralement, comme pour la honte, c'est l'installation très précoce d'un malentendu avec l'entourage qui va porter les germes d'une évolution psychosociologique défavorable de la névrose : « ce n'est pas seulement le cœur et l'âme qui demeurent blessés, c'est aussi le sentiment d'appartenance à l'espèce humaine » (Marcello Vinar, 1997, cité par De Clercq & Lebigot, 2001). De celle-ci, à son insu, le sujet va peu à peu s'exclure.

2.1.6.1.3. La culpabilité

Elle n'est pas souvent consciente, elle est souvent rationalisée (ou projetée), liée en totalité ou en partie, au franchissement traumatique. En partie parce que d'autres facteurs tenant à l'événement, là aussi conscients ou inconscients, peuvent venir en aggraver le poids (par exemple, faute personnelle à l'origine de l'accident, comportement peu glorieux dans la situation....) (De Clercq & Lebigot, op. cit.)

Parfois, cette culpabilité entraîne très rapidement un effondrement dépressif : plus souvent celui-ci s'installera peu après l'apparition du syndrome de répétition. Dans l'immédiat, elle est surtout à l'origine d'un surcroît de souffrance qui incite les thérapeutes à opérer une déculpabilisation. Le plus souvent, celle-ci n'aboutit qu'à faire taire le patient et de toutes les façons, manque son but (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.2. Les conséquences psychologiques à long terme

Nous pouvons classer les répercussions psychotraumatiques à long terme en conséquences individuelles et en conséquences familiales et conjugales.

2.1.6.2.1. les conséquences individuelles

Les conséquences psychopathologiques individuelles des traumatismes psychiques sont diverses, de l'ESPT aux troubles des conduites, en passant par les troubles anxieux et dépressifs, et les modifications de la personnalité.

2.1.6.2.1.1. L'Etat de stress post traumatique (ESPT/ PTSD)

Le DSM-IV définit le PTSD comme suit :

A- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

1- Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ;

2- La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B- Symptômes d'intrusion

L'événement traumatisant est constamment revécu de l'une (au moins) des façons suivantes :

1- souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement, provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions ;

2- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse ;

3- Impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatisant allait se reproduire (illusion, hallucinations, flash-back) ;

4- Sentiment intense de détresse lors de l'exposition à des indices externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant en cause ;

5- Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer un aspect de l'événement traumatisant en cause.

C- Symptômes d'évitement

Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale, avec au moins trois des manifestations suivantes :

1- Effort pour éviter les pensées, les sentiments, les conversations associées au traumatisme ;

2- Effort pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

3- Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;

4- Réduction nette de l'intérêt pour les activités importantes ou réduction de la participation à ces activités ;

5- Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ;

6- Restriction des affects (par exemple, incapacité à éprouver des sentiments tendres) ;

7- Sentiment d'avenir « bouché » (par exemple, ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, avoir un cours normal de la vie).

D- Symptômes neurovégétatifs

Au moins deux des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative :

1- Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;

2- Irritabilité ou accès de colère ;

3- Difficultés de concentration ;

4- Hyper-vigilance ;

5- Réaction de sursaut exagérée.

Les symptômes caractéristiques de l'état de stress post traumatiques sont la reviviscence de l'événement traumatisant sous forme de cauchemars (qui ne contiennent pas forcément des éléments du traumatisme réel) ; de pensées envahissantes ou de flash-back, l'évitement des stimuli associés à l'événement, l'émoussement de la réactivité générale ainsi qu'une hyperactivité neurovégétative. Tous ces symptômes doivent persister plus d'un mois.

Bien que la plupart des individus relient correctement leurs symptômes au traumatisme, certains en sont parfois incapables parce qu'ils ressentent le besoin de nier l'événement et la souffrance qui en découle. L'évitement de tout ce qui rappelle le traumatisme peut comporter une amnésie psychogène concernant tout l'événement traumatisant ou un des aspects essentiels.

L'événement qui déclenche le syndrome est souvent brutal, accablant et dangereux, pour le patient et pour ses proches. Le traumatisme psychique consécutif prend la forme d'une souffrance ou d'une détresse morale provoquée par la réminiscence d'une épreuve particulièrement pénible qui a brisé le sentiment d'invulnérabilité de l'individu. Le syndrome est souvent observé chez des victimes d'actes de violences (viols, agression, attentat terroriste, internement dans un camp de concentration) particulièrement odieux. Il se retrouve aussi chez des individus qui sont exposés à un milieu particulièrement dangereux dans l'exercice de leur profession (pompiers, policiers, militaires, médecins et personnel paramédical de service d'urgence). Les témoins de scènes de mort et de destruction, comme les sauveteurs sur les lieux d'une catastrophe, sont également exposés au PTSD.

2.1.6.2.1.2. Les troubles anxieux

Les altérations anxieuses et phobiques s'individualisent dès les premières semaines après le traumatisme et peuvent persister au moins deux ans après celui-ci (Malt, 1987 cité par De Clercq & Lebigot, 2001). Les plaintes somatiques focalisées essentiellement sur les sphères digestives, cardiovasculaires et gynécologiques, prennent le caractère invalidant de l'hypocondrie. Des troubles paniques peuvent également se mettre en place (Trucker, 1986 cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.). La souffrance phobique centrée sur les conséquences du traumatisme est à l'origine des conduites d'évitement, de sentiment de dépendance et de défiance et elle est fréquente à l'instar des phobies sociales avec leur restriction d'activités de loisirs.

2.1.6.2.1.3. Les troubles dépressifs

La symptomatologie est très élevée dès le dixième jour qui suit le traumatisme, devient maximale durant le premier trimestre avec un paroxysme au premier mois, où près de 60% des victimes présentent un état dépressif majeur (Atkeson, 1982, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.). Cette souffrance est encore perceptible trois ans après l'agression (Crocq, 1992 ; Malt, 1987 ; Malt, 1989, cité par De Clercq & Lebigot, Op. cit.)

2.1.6.2.1.4. Les modifications de la personnalité

Crocq (1999) parle de personnalité traumatique pour désigner ce qu'est devenue la personnalité après l'impact du trauma, établissant un nouveau rapport avec le monde et avec soi-même, une nouvelle manière de percevoir, de ressentir, de penser, d'aimer,

de vouloir et d'agir. Un certain nombre de symptômes permettent de décrire ces modifications de la personnalité :

- Les sentiments de culpabilité

De nombreux auteurs soulignent l'importance de ces sentiments chez les victimes en précisant qu'elles se blâment elles-mêmes pour quelque chose dont elles ne sont pas responsables. Lors des catastrophes collectives ayant mis leur vie en danger, les survivants éprouvent des sentiments de culpabilité (sensation pénible d'avoir survécu quand d'autres ont péri ou d'avoir recouru à certains moyens répréhensibles pour assurer sa survie).

Pour les femmes violées par exemple, le fait que quelqu'un ait pu prendre possession de son corps est tout à fait insupportable ; elle ressent de la honte d'avoir été salie et se reproche de n'avoir mieux agi ou de ne s'être mieux défendu (Streit-Forest, 1987, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.). Le poids des préjugés sociaux et l'attitude plus ou moins culpabilisante des proches de la victime ou des premiers intervenants rencontrés, sont des facteurs déterminants dans l'évolution de la victime vers la déculpabilisation.

- Les dysfonctions sexuelles

Elles sont fréquentes dans des situations de viol. Burgess (1979) note plus de 60% de cas de baisse de la libido invalidante, tandis que Gorcey relève une abstinence sexuelle totale dans plus de 25% des cas (De Clercq & Lebigot, op. cit.)

- La colère

C'est un moyen d'expression de certaines victimes. Il faut encourager cette colère pour permettre à la victime de se dégager de la tension psychologique et émotionnelle accumulée. Cependant, certaines victimes vont rentrer dans une phase de contrôle de leurs réactions et de refoulement de leurs sentiments. Elles ne donneront pas l'impression d'être en état de crise et seront même capables de faire le récit du traumatisme de manière ordonnée et systématique. Cette attitude est pour la victime un moyen de se protéger et de se mettre à l'abri. Ce comportement peut durer longtemps. Cependant ces sentiments s'exprimeront inévitablement un jour ou l'autre dans le comportement de la victime.

- Le préjudice social et familial

Dans le domaine familial, le retentissement du traumatisme est ressenti de façon beaucoup plus prolongée. Il n'est pas rare que la victime se mette à témoigner de la méfiance à l'égard de son entourage, surtout si son récit a été accueilli avec incompréhension. Il en résulte souvent des difficultés relationnelles entre la victime et son entourage, pouvant conduire à son isolement : elle creuse un tel vide qu'elle peut en arriver à rejeter ceux qui lui sont les plus chers. Dans ce cas, l'entouragé lui-même peut développer une attitude de rejet et de reproche vis-à-vis de la victime. En effet, l'accueil des faits constitue à lui seul un problème majeur à gérer par l'entourage qui peut rapidement se sentir épuisé par une demande continue d'aide morale. Ce genre de situation constitue une bonne indication pour un soutien thérapeutique de l'entourage.

2.1.6.2.1.5. Les troubles des conduites

- Abus d'alcool et de tranquillisants ;
- Problèmes d'impulsivité et de fonctionnement quotidien ;
- Les idées suicidaires.

Bon nombre de patients aux comportements suicidaires ont été victimes de viol, d'inceste ou d'agression (De Clercq & Lebigot, 2001).

2.1.6.2.1.6. Les troubles psychotiques

Le traumatisme psychique peut déclencher une psychose schizophrénique ou paranoïde chez des sujets de structure psychotique.

Le délire ne se déclenche pas tout de suite après le traumatisme et prend rapidement un aspect interprétatif, persécutif pour souvent prendre la forme d'un trouble schizophrénique paranoïde (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.2.2. Les conséquences familiales et conjugales

Les répercussions familiales et conjugales des traumatismes psychiques sont nombreuses et se posent dès après l'événement traumatisant. Cependant, très souvent sous-évalué, la non prise en compte du conjoint ou de la famille dans la prise en charge de la victime peut aggraver la détérioration des relations familiales et conjugales (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.2.2.1. L'incompréhension et la non prise au sérieux des problèmes de la victime

Dans la plupart des situations, l'entourage familial et le conjoint se préoccupent fortement de la victime au début mais s'imaginent assez vite que les choses doivent s'apaiser et que, après quelques semaines, il ne faudrait déjà plus y penser. C'est ainsi que les symptômes neurovégétatifs anxieux et de type phobique, les troubles dépressifs, les phénomènes d'évitement et d'intrusion des souvenirs de la catastrophe provoqueront très souvent chez le conjoint ou l'entourage, non seulement un sentiment d'incompréhension, mais également, très souvent, un phénomène d'exaspération, voire de rejet pur et simple face à ce qui est déjà pour l'entourage un problème « réglé » (De Clercq, 1990, cité dans De Clercq & Lebigot, op. cit.). Cette attitude de la famille va amener la victime à se sentir rejetée et aggraver son isolement affectif et social (Wolf, 1990, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.)

2.1.6.2.2.2. Position de malade désigné

L'attitude de l'entourage et du conjoint est tout à fait à l'inverse de la précédente. Elle consiste à surprotéger la victime en l'entourant de tous les soins et en accentuant encore les phénomènes phobiques et d'évitement. La famille devient ainsi complice des troubles phobiques du patient et aggrave même ceux-ci. Le patient est présenté comme une victime de la société non reconnue, et le moindre obstacle devant elle est enlevé. La victime est placée dans un rôle de malade, maternée par le conjoint et l'entourage familial et, très rapidement, les symptômes post traumatiques s'enkystent et deviennent chroniques (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.2.2.3. Problème de l'attitude à adopter face à la victime

Dans la plupart des situations post-traumatiques, le conjoint et l'entourage familial ne sont guère conscients des problèmes post traumatiques graves que la victime va présenter dans plus d'un tiers des cas. Ils ne savent quelle attitude adopter à son égard : faut-il être ferme et l'aider à affronter de nouveau les lieux de la catastrophe ou les circonstances de celle-ci ? Faut-il soutenir la victime et l'aider à recommencer à travailler au plus tôt ou, au contraire, faut-il la laisser pendant de longues semaines en congé de maladie et la protéger à la maison ? (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.2.2.4. Problèmes sexuels et affectifs extrêmement handicapants

Surtout dans le cas de viol, les problèmes sexuels sont nombreux : baisse de la libido, abstinence sexuelle, vaginisme. Par exemple, l'abstinence sexuelle totale, adoptée dans le cadre de conduites contraphobiques, est rapportée dans plus de 25% des cas (De Clercq et Lebigot, op. cit.). Le viol entraîne alors des répercussions négatives importantes dans le fonctionnement affectif, surtout sous forme d'une diminution de la satisfaction sexuelle. Il y a une diminution de la fréquence des rapports sexuels et souvent une abstinence au cours des premiers mois. Chez plus de la moitié des victimes, ces troubles se retrouvent un an après l'agression. Cela peut se manifester par de l'anorgasmie, du vaginisme et des aversions sexuelles. Très souvent, ces séquelles auront une répercussion négative sur la vie du couple.

Bien souvent, le conjoint lui-même souffre d'une crise psychologique et d'un choc suite au viol de sa partenaire. Il peut se blâmer et se sentir coupable du viol, ayant l'impression d'avoir échoué dans son rôle protecteur. La femme violée peut être vue comme endommagée sexuellement et son conjoint peut avoir tendance à éviter les relations sexuelles : la victime risque alors de se sentir rejetée. Il peut arriver aussi que le partenaire insiste pour avoir des relations sexuelles, ce qui peut être perçu par la victime comme une nouvelle agression.

Par rapport à d'autres traumatismes psychiques, l'ampleur des symptômes anxio-dépressifs ainsi que le développement des symptômes de stress post traumatique peuvent handicaper également tôt ou tard les relations sexuelles et affectives entre les conjoints. Ici encore, la plupart du temps, le conjoint ne saura quelle attitude adopter face à ces problèmes (De Clercq & Lebigot, 2001).

2.1.6.2.2.5. Altération du fonctionnement social et professionnel

L'ampleur des séquelles psycho-traumatiques handicape fortement le fonctionnement social de ces patients. La plupart se retrouvent tôt ou tard écartés du marché de l'emploi. Ils se montrent, en effet, incapables de continuer à travailler, ne sont plus performants, et même commettent de multiples fautes professionnelles (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.6.2.2.6. Séparations et divorces fréquents

Le développement des séquelles psycho-traumatiques, l'isolement social de la victime, la perte de son activité professionnelle et les phénomènes d'évitement

phobique vont avoir un retentissement important sur la vie affective et sexuelle de ces patients. La qualité des relations au sein du couple et même avec les enfants va s'en trouver altérée. Dans de nombreuses situations, ces problèmes amèneront tôt ou tard des séparations, voire des divorces qui vont encore aggraver l'isolement social de ces victimes (De Clercq & Lebigot, op. cit.).

2.1.7. La maltraitance des enfants et des adolescents comme facteur traumatogène

« L'enfant maltraité est celui qui est victime de violence physique, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique » selon l'ODAS (Audet & Katz, 2006)

Le terme maltraitance serait un néologisme apparu en 1987 pour élargir la notion d' « enfant battu » qui concernait l'intégrité corporelle. (Audet & Katz, op cit). L'expression « enfant maltraité » ajoute la souffrance psychologique et morale.

2.1.7.1. Les différentes formes de maltraitances

Les maltraitances sont regroupées en quatre catégories : les violences physiques, sexuelles, les négligences graves et les violences psychologiques (Audet & Katz, op. cit.).

❖ Les violences physiques

Les violences physiques sont les plus facilement diagnostiquées. Il s'agit essentiellement de coups parfois très violents, mais aussi de gifles, oreilles et cheveux tirés, secousses brutales. Il en résulte des lésions cutanées, plaies, hématomes, ecchymoses, brûlures, alopecies et parfois lésions internes et fractures. Le terme de maltraitance physique est souvent employé pour toute forme de traumatismes non accidentels infligés aux enfants par l'adulte, le parent, ou ceux qui en ont la garde ou la responsabilité (Audet & Katz, op cit).

❖ Les violences sexuelles ou abus sexuels

On préfère, de plus en plus, le terme d'abus sexuel car l'auteur des actes utilise parfois la séduction plutôt que la violence, exerçant une emprise totale à la fois sur le corps et sur l'esprit. Par abus sexuel, on entend tout contact sexuel entre un adulte et un enfant, lequel est incapable de donner son consentement en toute liberté et connaissance de

cause, en raison de son âge et de son immaturité psycho- affective. Les abus sexuels sont à la fois des violences physiques et psychologiques (Audet & Katz, op cit).

Le terme qui a été traduit de l'anglais « sexual abuse », permet d'inclure les très nombreux abus commis sans violence. Il a été préféré au terme du code pénal « sévices sexuels » et à « exploitation sexuelle » qui concerne plutôt la prostitution d'enfant ou la pornographie.

❖ Les négligences graves

Les négligences graves entraînent des carences nutritionnelles ou affectives et sont à l'origine de dénutritions, hypotrophies, retards staturo-pondéraux, retards psychomoteurs et altérations graves de l'état général. Les négligences graves sont à l'origine de décès chez les nourrissons et les très jeunes enfants, d'autant plus qu'il y a carence de soins, même en cas de maladies aiguës. Il en résulte des troubles graves du développement psychologique de l'enfant. Le terme de négligence lourde est également employé (Audet & Katz, op cit).

❖ Les violences psychologiques

Il y a violence psychologique dans toute maltraitance, tant par commission (violence physique ou sexuelle) que par omission (négligence grave). Elle peut parfois être isolée. Souvent, l'enfant souffre de rejet, d'abandon, de marginalisation, de travail abusif, de menaces, d'humiliations, de dévalorisation et toujours de manque affectif. Il peut aussi souffrir indirectement, par exemple, quand il est témoin de violences conjugales ou en cas de séparation parentale. Le terme de cruauté mentale est souvent préféré à celui de violence psychologique pour insister sur la gravité (Audet & Katz, op cit).

2.1.7.2. Les manifestations psychotraumatiques chez l'enfant (selon Bailly)

Bailly (cité dans De Clercq & Lebigot, 2001) pense, en effet, que l'impact clinique d'un événement traumatique chez l'enfant ne se résume pas à l'ESPT. Il comporte d'autres troubles qui doivent être considérés au même titre que l'ESPT et non comme des troubles associés (comorbidité). Il s'agit, en dehors de l'ESPT, des manifestations psychosomatiques, des troubles de développement et cognitifs, des atteintes du processus de développement de la personnalité, de l'impact du trauma dans le domaine de la morale et de la socialisation.

2.1.7.2.1. L'ESPT chez l'enfant

Pour décrire l'ESPT chez l'enfant, Bailly (op. cit.) se réfère aux critères définis par Scheeringa (1995, cité par Bailly, Op. cit.) et qui seraient mieux adaptés aux enfants de moins de quatre ans. Scheeringa (op. cit.) a fait d'abord l'adaptation du critère A du DSM-IV de cette façon : l'enfant doit avoir vécu un événement traumatisant mais il n'est pas nécessaire qu'il ait ressenti une peur intense au moment de l'événement.

Les manifestations de l'ESPT selon ce point de vue sont :

- pour le critère B, la reviviscence qui se manifeste par des jeux post-traumatiques ; la mise en scène du traumatisme ; les cauchemars traumatiques qui peuvent ne pas reproduire la scène traumatique ; l'accroissement des cauchemars sans que l'enfant puisse en décrire le contenu ; des épisodes de dissociation ou flash-back. Scheeringa précise qu'un seul de ces symptômes suffit comme critère B d'ESPT ;

- pour le critère C, l'inhibition de la réactivité se manifesterait par une réduction de la capacité à jouer, même en présence des épisodes de jeux post-traumatiques ; le repli sur soi ; l'isolement social. Scheeringa et *al.* (op. cit.) propose d'y ajouter la perte de savoir-faire de l'enfant, qui concerne essentiellement le langage et la propreté ;

- pour le critère D, Scheeringa et *al.* (op. cit.) propose un seul des symptômes suivants : terreurs nocturnes ; difficultés à s'endormir non liées à la peur de faire des cauchemars ; difficultés de concentration ; hyper-vigilance et réaction de sursaut. ;

- les auteurs y ajoutent, un groupe de symptômes qu'ils nomment les critères E qui se manifestent essentiellement par : l'angoisse de séparation, la peur d'aller aux toilettes seul, la peur de l'obscurité ainsi que des peurs non reliées en apparence au traumatisme.

2.1.7.2.2. Les manifestations psychosomatiques

Les manifestations psychosomatiques sont très fréquentes chez les enfants comme chez les adultes (Bailly, cité dans De Clercq & Lebigot, 2001). Les bronchites asthmatiformes, les eczémas, les troubles fonctionnels digestifs, les pelades, les troubles de règles chez les adolescentes, sont les manifestations psychosomatiques les plus rencontrées chez les enfants devant un événement traumatisant. Bailly (op ; cit.)

pense que l'incidence du diabète serait augmentée et précise que de nombreux pédiatres sont persuadés de l'augmentation des diabètes infantiles en temps de guerre. L'auteur ajoute que les retards de croissance et les états de maigreur sont difficilement reliables à une causalité unique, car ils surviennent dans des situations où coexistent manque de nourriture, stress et traumatisme.

2.1.7.2.3. Les troubles développementaux et cognitifs

Bailly (op. cit.) pense que les performances scolaires des enfants redeviennent le plus souvent normales quelques mois seulement après le traumatisme, surtout en cas de traumatisme mortifère où les parents ne sont pas les responsables directs de la violence. Dans le cas contraire, on observera des phénomènes d'inhibition de la pensée, de refoulement massif pouvant interférer avec les apprentissages et le fonctionnement de la pensée logique. L'auteur précise que le fait que les apprentissages soient préservés serait l'un des effets des particularités de la symptomatologie post-traumatique chez l'enfant. Il estime cependant que pour certains enfants, le fonctionnement de la pensée logique dans le registre cognitif serait une manière d'éviter les pensées liées à l'événement traumatisant. Dans ce cas, on assistera à une progression surprenante de l'enfant dans le milieu scolaire à la suite d'un événement traumatisant.

2.1.7.2.4. Atteinte du processus de développement de la personnalité

Un événement violent qui intervient chez un enfant peut provoquer de profonds bouleversements dans le développement de sa personnalité. Selon Bailly (op. cit., lorsqu'un enfant assiste à des actes de violence, cela peut entraîner de profonds changements dans le sens que l'enfant a de sa sécurité et de ses relations affectives. Comme manifestations des atteintes dans le développement de la personnalité, l'auteur évoque les difficultés à aborder le concept d'avenir, une agressivité inhabituelle, des comportements imprudents ou autodestructeurs ou, au contraire, une inhibition envahissante, le déni de la peur et l'exposition à des situations dangereuses, une hyperexcitabilité par la scène traumatique, qui constituerait un moyen de se rassurer sur sa capacité à tolérer le choc des situations traumatisantes.

2.1.7.2.5. Impact du traumatisme dans les domaines de la morale et de la socialisation

Marcus-Geisler (cité par Bailly, op. cit.) décrit comme manifestations des troubles des domaines de la morale et de la socialisation : l'indiscipline, les tendances revendicatrices, la maturité précoce développée particulièrement par la vie aventureuse.

Bailly (op. cit.) explique ces bouleversements chez l'enfant par le fait que la rencontre avec le réel de la mort aurait attaqué les soubassements narcissiques du sujet. L'enfant voit dans ces conditions les assises de sa personnalité modifiées par le traumatisme et, lorsque l'événement implique l'attaque des lois et des règles, sa socialisation mise en jeu.

2.2. Théories de référence

2.2.1. La théorie psychophysologique du stress de SELYE

La conception physiologique du stress distingue radicalement stress et traumatisme. Selye définit le stress comme « la réponse non spécifique que donne le corps à toute demande qui lui est faite. » (De Clercq & Lebigot, 2001)

Il pense que tous les agents stressants provoquent dans l'organisme une réponse qui leur est propre, différente pour chacun, c'est-à-dire spécifique, et une réponse commune à tous, c'est-à-dire non spécifique. Il distingue ensuite le stress normal et le stress pathologique. Dans le stress normal, les stratégies modulent une réponse adaptée, alors que dans le stress pathologique, les capacités d'adaptation sont dépassées et deviennent inopérantes, ce qui provoque l'apparition de troubles de l'adaptation qui peuvent être transitoires ou durables.

Crocq (1986, 1996, 1999), s'inspirant de Selye (1936, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit.), définit le stress comme « la réaction immédiate, biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense de l'individu, face à une agression ou à une menace » (De Clercq & Lebigot, op cit, p. 15). Il ajoute : « c'est une réaction éphémère. Elle est a priori utile et salvatrice et aboutit généralement au choix et à l'exécution d'une solution adaptative. Elle se déroule dans un climat de tension psychique exceptionnel et s'achève par le relâchement de cette tension, avec sensation mitigée de soulagement et d'épuisement physique et mental. Elle n'est pas pathologique quoique grevée de symptômes gênants ; cependant, trop intense, répétée

à courts intervalles ou prolongée à l'excès, elle se transforme en réaction pathologique et inadaptée de stress dépassé » (De Clercq & Lebigot, op cit, p. 15).

Au total, le stress est la réaction physiologique, naturelle de l'individu soumis à une agression, une menace, une situation imprévue. Cette réaction touche à la fois aux domaines somatique, psychique et moteur. Le stress établit un rapport privilégié avec le « stressor », l'objet du stress, et il est éminemment réactionnel à l'événement. Le stress se traduit cliniquement par une hyperactivité neurovégétative accompagnée, s'il est dépassé, de troubles de conduite ou d'autres troubles psychiatriques.

Le stress a donc trois objectifs, selon la conception physiologique :

- il focalise l'attention
- il mobilise les capacités mentales et
- il incite à l'action

Eminemment réactionnel, il disparaît lorsque disparaît le stressor.

Selye définit également le « syndrome général d'adaptation » (De Clercq & Lebigot, op. cit.). Il estime que la privation de stimulus, l'absence de stress correspondrait à la mort. En revanche, la stimulation excessive (par son intensité, sa durée, sa répétition) est dangereuse et peut, si elle dépasse les capacités d'adaptation du sujet, laisser la place à un état pathologique irréversible. Le syndrome général d'adaptation se définit par une réaction en trois phases face à un stimulus stressant.

1- La réaction d'alarme.

Dès la confrontation à la situation stressante, des hormones sont libérées par l'organisme. Ces hormones ont pour effet d'augmenter la fréquence cardiaque, la tension artérielle, les niveaux de vigilance, la température corporelle et de provoquer la vasodilatation de vaisseaux des muscles.

Toutes ces modifications ont pour but de préparer l'organisme au « combat ou à la fuite »

2- La résistance

Si la situation stressante persiste, l'organisme entre en phase de résistance. Un second axe neuro-hormonal, l'axe corticotrope, est activé, préparant ainsi l'organisme aux dépenses énergétiques que nécessitera la réponse au stress. Les glucocorticoïdes sont

secrétées ; elles augmentent le taux de sucre dans le sang pour apporter l'énergie nécessaire aux muscles, au cœur, au cerveau, en y maintenant un apport constant en glucose.

3- L'épuisement

Les capacités de l'organisme peuvent être débordées si la situation stressante se prolonge encore ou s'intensifie. L'organisme entre dans une phase d'épuisement, caractérisée par une hyper-stimulation de l'axe corticotrope : la boucle rétroactive évoquée précédemment devient inefficace, les récepteurs du système nerveux central deviennent moins sensibles aux glucocorticoïdes, lesquels augmentent constamment dans la circulation. L'organisme est alors submergé d'hormones activatrices pouvant nuire à la santé.

Un certain nombre de mécanismes physiologiques sont mis en jeu pour faire face à une situation de stress et ils peuvent être néfastes à l'organisme. On pourra ainsi observer, au bout de quelques semaines, des symptômes divers :

- Symptômes physiques : douleurs, trouble du sommeil, de l'appétit et de la digestion, sensation d'essoufflement ou d'oppression, sueurs inhabituelles...
- Symptômes émotionnels : sensibilité et nervosité accrues, crises de larmes ou de nerfs, angoisse, excitation, sensation de mal être...
- Symptômes intellectuels : perturbation de la concentration, difficultés à prendre des initiatives ou des décisions...
- Symptômes comportementaux : modification des conduites alimentaires, comportement violent et agressif, isolement social...

Ces symptômes ont des répercussions gênantes qui amènent à recourir aux excitants ou calmants (café, tabac, somnifères, anxiolytiques...).

Le traumatisme, selon cette conception, se définirait comme un choc violent, surprenant le sujet qui ne s'y attendait pas et qui s'accompagne d'effroi (De Clercq & Lebigot, 2001). L'effroi est l'état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y avoir été préparé. L'effroi correspondrait à un état d'horreur au-delà de la peur, de l'angoisse et du stress et qui traduit la rencontre avec le réel de la mort. Il s'agit d'un vide, sans mots, sans paroles, une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet (De Clercq & Lebigot, op cit).

Damiani (1997, cité par De Clercq & Lebigot, op cit)) matérialise ce moment d'effroi sans mots comme suit : « avec le trauma, on entre dans le domaine terrible de l'irreprésentable, c'est- à- dire, celui d'effroi et de l'épouvante ; la violence de la confrontation avec le réel provoque une véritable sidération du moi. L'individu s'écroule, il court le risque de la néantisation ».

Les effets du stress disparaissent dès la fin de l'action de l'agent stresser. Par contre, l'image traumatique, elle, installe au cœur du psychisme du sujet une véritable « menace interne » qui produira ses effets dans l'immédiat, mais aussi à long terme. Cette image, installée dans le psychisme du sujet, ne trouve pas de représentation pour la porter. Lebigot (1999, cité par De Clercq & Lebigot, op. cit., p. 16) nous précise qu'elle « ne se comportera pas comme un souvenir : elle restera intacte, au détail près, et lorsqu'elle surgira à la conscience (dans les cauchemars ou dans la vie éveillée), ce sera toujours au temps présent, comme un événement en train de se produire». L'événement traumatisant fait irruption comme moment propulsif dans la temporalité et face à la révélation du réel brut. Le sujet éprouve l'effroi, pressentiment de la mort de soi, comme ultime vérité et perte de soi-même en totalité. Les conséquences du traumatisme psychique sont donc considérables : cette effraction provoque une blessure psychique irrémédiable, se manifestant par des troubles psychiques importants.

Au total, ce qui fait traumatisme, n'est pas la qualité de l'événement traumatisant, mais bien la réalité de cette rencontre avec le réel de la mort. Un événement, malgré son aspect spectaculaire, peut ne pas être traumatisant pour un sujet, en revanche l'être pour un autre. C'est seulement après coup, à la survenue d'un syndrome de répétition tel que défini dans le DSM- IV, qu'on pourra juger de la nature réellement traumatisante de l'événement. L'impact du traumatisme peut, schématiquement, se décomposer en deux moments essentiels :

- le premier moment de la rencontre avec le réel de la mort qui s'accompagne d'effroi peut cependant être suivi de réaction d'angoisse et de stress ;
- L'apparition d'un syndrome de répétition traumatique. C'est bien son apparition qui confirmera la réalité du traumatisme psychique vécu par le sujet.

Stress et traumatisme psychique sont, on le voit bien, deux concepts radicalement différents. Le traumatisme précède le stress et est d'ordre interne, alors que le stress

pourrait être considéré comme les manifestations visibles, physiologiques produites par un choc traumatique.

2.2.2. La théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique se base sur les études de Freud et se veut universelle. Freud explique sa théorie par l'étude de l'organisation de la personnalité, de ses structures et de son fonctionnement (Bergeret, 2004). Sous un angle méthodologique, chaque processus psychique est envisagé selon trois points de vue : le point de vue topique qui est une représentation spatiale de l'appareil psychique, le point de vue dynamique qui décrit la personnalité comme un ensemble de forces psychiques qui interagissent entre elles pour établir l'équilibre de la personnalité et le point de vue économique qui considère l'énergie psychique sous un angle quantitatif. Nous allons décrire les points de vue topiques et le point de vue économique car ils permettent de comprendre la notion de traumatisme psychique.

2.2.2.1. Les points de vue topiques

Nous avons deux points de vue topiques : la première topique et la deuxième topique. (Bergeret, 2004)

La deuxième topique présente l'appareil psychique sous forme d'instances. Nous avons ainsi trois instances de la personnalité :

- le Ça qui représente le pôle pulsionnel
- le Moi, c'est le pôle défensif
- le Surmoi, joue trois fonctions essentielles, une fonction d'auto observation, une fonction de conscience morale, de censure, et enfin une fonction d'idéal.

La première topique quant à elle présente l'appareil psychique sous forme de systèmes : le système inconscient, le système préconscient et le système Conscient ou Perception Conscience.

- Le système Conscient ou Perception Conscience se situe à la périphérie de l'appareil psychique, entre le monde extérieur et les systèmes mnésiques. Il est chargé d'enregistrer les informations venant de l'extérieur et de percevoir les sensations intérieures de la série plaisir-déplaisir. Il fonctionne sur un mode qualitatif et ne conserve aucune trace mnésique durablement. C'est aussi le siège des processus

de pensée, c'est-à-dire, aussi bien des raisonnements que des reviviscences de souvenirs.

- le Préconscient se situe entre l'inconscient et le conscient ; c'est ce que Freud a appelé notre « Moi officiel », celui que nous voulons bien assumer. Il appartient au système des traces mnésiques et il est fait de « représentations des mots ».

Par représentation, on entend ce que l'on se représente, le contenu d'une pensée, mais aussi l'élément qui représente un phénomène psychique, qui est là à sa place. Une représentation est une trace mnésique plus ou moins investie affectivement.

La représentation de mots est une représentation verbale dont la qualité serait plutôt acoustique. Elle s'oppose à la représentation de choses qui est plutôt d'ordre visuel, comme dans le rêve.

Les systèmes Conscient et Préconscient sont caractérisés par le processus secondaire où l'énergie ne circule pas librement, mais liée à une représentation. Dans ce processus, le principe de réalité prédomine sur le principe de plaisir.

- L'Inconscient, c'est la partie la plus archaïque de l'appareil psychique, la plus proche de la source pulsionnelle. Son contenu est essentiellement constitué des représentants des pulsions.

L'Inconscient s'est constitué historiquement au cours de la vie de l'individu, plus précisément, pendant son enfance. Il est avant tout caractérisé par le processus primaire, c'est-à-dire qu'à son niveau, l'énergie est libre, la tendance est à la décharge sans entrave. L'énergie circule donc librement d'une représentation à une autre. L'inconscient est régi par le principe de plaisir.

Entre les différents systèmes, existent des frontières de contrôle. L'énergie et les représentations ne circulent pas sans contrôle d'un système à l'autre. A chaque passage s'exerce une censure. Celle-ci est particulièrement sévère entre l'inconscient et le préconscient. Ce n'est pas une barrière inerte, mais une force vigilante qui interdit à telle ou telle représentation l'accès à un certain territoire. Cette frontière est appelée « censure ».

Entre le Préconscient et le Conscient, il s'agit du filtre. Il s'exerce avec moins de rigueur par rapport à la censure. Le filtre fait un travail de sélection qu'une répression

attribuée à la censure. La troisième frontière, celle qui se situe entre le monde extérieur et la surface de l'appareil psychique, c'est-à-dire le conscient, a la fonction d'un filtre ; elle évite l'irruption à l'intérieur du psychisme de stimuli trop violents qui ne pourraient être maîtrisés, d'où son nom de pare-excitation...

Cette troisième frontière ou pare-excitation est ce qui nous intéresse le plus dans cette notion de première topique pour expliquer le traumatisme psychique né de la violence. En effet, Freud explique le traumatisme par une irruption violente, brusque, de stimuli dans le psychisme de l'individu ou une irruption de stimuli inappropriés, ces stimuli provenant du monde extérieur.

Le pare-excitation joue le rôle de tamis ; il sélectionne les excitations supportables par l'appareil psychique du sujet et rejette celles dont la force dépasse celle du psychisme. Une stimulation trop forte ou brutale pourrait affaiblir le pare-excitation ou le briser, laissant libre passage aux forces nocives de l'excitation qui provoqueraient ainsi une blessure psychique : le traumatisme.

Le degré de résistance du pare-excitation pourrait conduire au traumatisme ou à la résilience. Si le pare-excitation est plus résistant aux forces nocives, le sujet sera résilient, tandis que si le pare-excitation est moins résistant, le sujet sera traumatisé.

2.2.2.2. Le point de vue économique

Ce point de vue considère que les forces psychiques s'associent à une énergie psychique qui circule, s'investit, se répartit entre les différentes instances, les différents objets ou les différentes représentations (Bergeret, 2004).

Les notions d'investissement, de contre-investissement, de désinvestissement, de surinvestissement, permettent de comprendre l'essentiel du contenu du point de vue économique.

- *Notion d'investissement*

C'est le fait qu'une certaine quantité d'énergie psychique (appelée affect) soit liée à une représentation mentale ou à un objet réel extérieur.

« C'est l'élément fondamental pour comprendre l'économie psychique » (Bergeret, op. cit.). Il s'agit de quelque chose qui peut être augmenté, diminué, déplacé, déchargé et qui s'étale sur les représentations un peu comme une charge électrique à la surface des corps.

- *Notion de désinvestissement*

C'est le fait de retirer l'affect investi ou placé dans un objet ou dans une représentation. Le désinvestissement a lieu lors de la perte d'objet investi (suite à un décès, une séparation, un divorce, une rupture sentimentale...). Le fait de retirer l'énergie libidinale est appelé travail de deuil. Faute de ce désinvestissement, l'intolérable frustration conduirait à la dépression (Bergeret, op. cit.).

- *Notion de contre investissement*

Souvent, il importe de pouvoir désinvestir des représentations dont le surmoi impose le refoulement. Dans ce cas, l'énergie ainsi rendue disponible pourra être utilisée à maintenir le refoulement : c'est le contre-investissement. Ce qui sera contre-investi pourra lui être directement opposé : on parle de formation réactionnelle. Cela pourra être aussi une représentation substitutive comme dans le cas du déplacement phobique.

- *Notion de surinvestissement*

Le surinvestissement est un investissement important. C'est quand certains éléments reçoivent une charge supplémentaire d'énergie pour éviter que ces énergies se perdent. Le fonctionnement économique se fait selon les principes de plaisir, de réalité et de constance.

2.2.2.3. Le traumatisme psychique dans la théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique s'est construite en se basant essentiellement sur les travaux de Freud ; la notion freudienne du traumatisme a été introduite par les études sur l'hystérie. Freud s'était en effet rendu compte que ses patientes (hystériques) souffraient de réminiscence de traumatisme subi dans la petite enfance. Pour expliquer cette notion de traumatisme, Freud met l'accent sur l'aspect économique, au sens psychique du terme, appréhendant le traumatisme comme l'enjeu d'un rapport de forces opposant l'excitation libidinale et l'état de la barrière de défense qui le subit (pare- excitation) (Lemitre, 2001). Selon cette conception économique, Freud définit le traumatisme comme « une expérience vécue qui apporte en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement d'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échouent, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement énergétique » (Laplanche & Pontalis, 2003).

L'expérience est traumatisante parce que l'afflux d'excitation est excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique. Il peut s'agir d'un seul événement très violent ou d'une accumulation d'excitation dont chacune prise isolément serait tolérable. Le traumatisme se définit par la détresse qu'il provoque et par l'impossibilité d'élaboration psychique de l'événement et de ses répercussions, la détresse se définissant par l'absence de recours.

Les conceptions psychanalytiques actuelles complètent le modèle freudien et appréhendent le traumatisme avant tout comme une expérience d'aperception fugace du chaos, de la mort et du néant, sans possibilité (du fait de l'effet de surprise et de l'impact de l'agression) de penser cette expérience sous le travestissement rassurant du fantasme. Dans cette perspective, ce qui fait traumatisme, c'est cette confrontation à quelque chose de brutal et d'impensable, à cette inimaginable effraction d'un réel effrayant qui s'impose à soi. Le traumatisme psychique serait donc une expérience aiguë d'effraction psychique et de débordement des défenses du moi. Le souvenir de l'événement reste incapsulé sous la forme d'un matériel « brut » dont le retour constituera le syndrome de réviviscence : c'est une sensation écmnésique, c'est-à-dire une sensation qui fait vivre le passé comme le présent. Il s'agit d'un souvenir obsédant, envahissant qui vient prendre la place de la vie psychique. Une partie de l'énergie psychique est détournée des relations objectales et réinvestie dans le lien que le sujet entretient avec son traumatisme (surinvestissement du traumatisme).

L'importance du traumatisme se définit non pas par son intensité « objective », mais plutôt par la manière dont le sujet le reçoit, en fonction du contexte psychique, du stade de développement, de l'activité fantasmatique concomitante et des conflits déjà sous-jacents. Le traumatisme tient compte de la susceptibilité propre du sujet. Il s'agit d'un événement personnel de l'histoire du sujet, datable et subjectivement important par les affects pénibles qu'il peut déclencher (Laplanche & Pontalis, op. cit.).

En définitive, le traumatisme signifierait non abréaction c'est-à-dire non élaboration de l'expérience qui demeure dans le psychisme comme un « corps étranger » :

2.2.2.3.1. S. Freud et le concept de traumatisme

Le traumatisme occupe une place de choix dans la théorie freudienne. Sa réflexion le conduit à développer deux idées : la théorie de la séduction énoncée sur la névrose

hystérique et le concept de névrose traumatique qui fait suite à la première guerre mondiale.

2.2.2.3.1.1. Traumatisme dans la théorie freudienne sur la névrose hystérique

La théorie de la séduction est consécutive aux recherches de Freud sur les névroses hystériques (Audet & Katz, 2006). La névrose s'installe au moment de la puberté et est directement liée à la réactivation d'un traumatisme sexuel infantile refoulé. Si au début Freud S. ne remet pas en cause la réalité de cet événement, rapidement deux aspects le conduisent à repenser cette théorie et à introduire le rôle du fantasme :

- il est surpris, dans ses thérapies, par le nombre considérable des récits de scènes de séduction paternelle ;
- il évoque progressivement la « modalité de l'après-coup » selon laquelle, un souvenir refoulé ne prend sa coloration traumatique qu'à travers un événement tardif en réalité anodin.

Il hésitera toute sa vie entre ces deux idées : réalité d'un inceste ou fantasme oedipien.

Freud S. (1938, cité par Audet & Katz, op. cit.), introduit par ailleurs l'hypothèse selon laquelle la mère pourrait être la première séductrice et l'éveil sexuel précoce serait consécutif des soins corporels et de la tendresse maternelle. Toutefois, la mère reconnaît, par ses propos et ses actions, l'existence du père et permet ainsi la création de la triangulation oedipienne.

2.2.2.3.1.2. La première guerre mondiale, S. Freud et le traumatisme

La première guerre mondiale permet à S. Freud d'insister sur le rôle de l'économie psychique. Le traumatisme consécutif aux conflits armés, mais aussi aux situations catastrophiques et aux désastres terrifiants, est responsable d'un surcroît d'excitations qui deviennent inassimilables. La victime, incapable de réagir normalement à l'événement extraordinaire, développe une affection traumatique. C'est la fixation du symptôme qui signe la névrose.

Secondairement, après maintes hésitations, S. Freud classe ces affections dans les « névroses actuelles » (Audet & Katz, op. cit.)

Le traumatisme est vécu sans préparation et sans angoisse (qui aurait une fonction protectrice). Les mécanismes de défenses contre les agressions sont débordés et ce

sont l'effroi et la terreur qui inondent le Moi. Celui-ci, pourtant normalement fort, est « attaqué par surprise ».

Dans la névrose de guerre s'installe un conflit entre l'idéal du Moi et la découverte d'un « idéal guerrier » que le conflit a introduit.

S. Freud introduira alors un nouveau dualisme pulsionnel opposant les pulsions de vie à celles de la mort. Il rapproche ces tendances destructrices à celles qu'il avait décrites à propos du masochisme et à leur fonction d'économie énergétique : un retournement d'un sadisme originaire. Il reconnaît ainsi un caractère « démoniaque » à la compulsion de répétition.

2.2.2.3.1.3. Le trauma et l'inquiétante étrangeté

Le traumatisme provoque une modification au sens du réel, qui s'accompagne d'un sentiment d'étrangeté. Passé et présent sont fragmentés et mélangés ainsi que les fantasmes et la réalité. Les certitudes vacillent, la pensée est inhibée.

S. Freud considère que cette étrangeté surgit lorsque des complexes infantiles refoulés sont brutalement réveillés. Il décrit alors trois modalités de l'étrangeté (Audet & Katz, 2006):

- Le mouvement de l'automate qui rappelle les automatismes des états de stress aigus, avec des attitudes réflexes et peu intellectualisées ;
- La figure du double, proche des états aigus de dissociation, qui s'accompagne d'un doute entre vivant ou mort, animé ou éteint ;
- L'angoisse de castration qui se dévoile devant les corps désarticulés et s'accompagne de fantasmes et rêves évoquant des cloaques, des membres dévorés.

2.2.2.3.1.4. Le trauma et « pare-excitation »

Freud, dans le projet de psychologie scientifique (1895, cité par Audet & Katz, op. cit), fait allusion à l'existence d'un appareil protecteur vis-à-vis des excitations venues de l'extérieur. Dans *au-delà du principe de plaisir*, Freud (1920, cité par Audet & Katz, op. cit.) introduit le terme de « pare-excitation », celui-ci, à l'image d'une cuirasse, fait barrière aux agressions externes.

Le trauma provoque une effraction de cette fonction défensive. Il s'agit d'une vision très énergétique et fonctionnelle de l'activité psychique où le pare-excitation joue le

rôle d'un filtre vis-à-vis des énergies extérieures afin d'assurer une relative stabilité du milieu intérieur.

Plusieurs circonstances aggravent l'étendue de la blessure dans la couche protectrice et son impact sur le fonctionnement psychique :

- la violence émotionnelle de l'agression ;
- la sommation des excitations (comme un facteur social surajouté) ;
- la concordance avec un conflit psychique.

En conséquence, le Moi émet un signal d'alarme, voire de détresse tels qu'angoisse, inhibition, action automatique, sentiment d'étrangeté etc.

2.2.2.3.2. Sandor Ferenczi et la commotion psychique

Psychologue et psychanalyste hongrois, disciple de S. Freud, il insiste sur la notion de « commotion psychique ». L'événement traumatique survient sans préparation. Le choc est inattendu et écrasant. Il est responsable d'un accablement. Les conséquences en sont la découverte brutale et violente de sa propre fragilité et la destruction de l'illusion que « ça n'arrive qu'aux autres ».

A propos des névroses infantiles, Ferenczi considère que le trauma réapparaît dans le silence et l'incapacité de verbaliser. De même, son expérience des névroses de guerre renforce son idée que l'expérience traumatique non exprimée crée une « enclave morte-vivante » dans le psychisme du patient (Barrois, 1998 cité par Audet & Katz, op. cit.)

Les peurs sont constamment revécues et la blessure psychique liée à la découverte de ses faiblesses remet profondément en question la construction narcissique de l'individu.

S. Ferenczi insiste aussi sur :

- l'identification à l'agresseur (prémonitoire des mécanismes responsables du syndrome de Stockholm) ;
- le rôle de la haine
- la place du non dit (responsable d'une enclave psychique)
- la perte des certitudes narcissiques fonctionnelles (rapport aux valeurs habituelles, à Dieu)

- la conception d'un clivage du Moi (dont un fragment serait mort).

2.2.2.3.3. Mélanie Klein et l'expérience traumatisante

Pour Mélanie Klein (cité par Audet & Katz, op. cit), les quatre premiers mois de la vie sont marqués par une relation particulière à l'objet :

- il est partiel (particulièrement le sein maternel) ;
- il est clivé en un « bon » et un « mauvais » objet (expression de la lutte intrapsychique des instincts de vie et de mort). Le clivage montre la coexistence d'emblée de pulsions agressives et de pulsions libidinales ;
- la relation au « mauvais objet » est de nature persécutive ; l'objet est créateur d'angoisse. L'enfant craint à la fois d'être détruit ou abandonné par lui.

Par « paranoïde », Mélanie Klein entend justement cet aspect persécutif de l'anxiété et, par « schizoïde », les mécanismes de clivage utilisés pour s'en défendre.

Le dépassement de cette phase et l'accession à la position dépressive ne sont possibles que si le Moi se développe.

Mélanie Klein (Audet & Katz, op. cit.) décrit ainsi deux processus psychiques prédominant pendant la phase paranoïde-schizoïde : la projection et l'introjection.

- Dans la projection, l'enfant clive le sein maternel en « bon » et en « mauvais » sein, non seulement parce que celui-ci gratifie, nourrit ou frustre, mais aussi parce que l'enfant projette sur lui son amour ou sa haine ;

- L'introjection, d'intensité variable, est une défense de cette position paranoïde-schizoïde, une « intériorisation avide et dévorante de l'objet », en premier lieu, du sein maternel qui protège l'enfant de sa destruction et de l'abandon. Pour M. Klein, la position paranoïde-schizoïde constitue la base de la paranoïa et de la schizophrénie.

Le développement d'une psychose est lié à la rencontre d'un Moi faible (M. Klein considère la participation d'un facteur inné à cet état de fragilité du Moi) et des difficultés au moment de la naissance et du début de la vie. Seule la qualité des soins diminue les angoisses de persécution et aboutit au renforcement du moi.

Ainsi, après le quatrième mois, l'enfant va pouvoir appréhender sa mère en tant qu'objet total et sortir du clivage. L'angoisse change de caractère et porte sur la perte d'objet total.

La première rencontre de l'enfant avec la réalité est donc un traumatisme. Celui-ci l'engage dans une relation double aux objets qui sont à la fois porteurs de plaisir et de déplaisir. Progressivement, il réunit l'objet et répare l'image altérée de sa mère.

Pour Klein, tout nouveau traumatisme est une effraction qui réactive le trauma initial et rouvre les clivages.

2.2.2.3.4. La conception ethnopsychiatrique du traumatisme psychique et ses conséquences selon George Devereux.

Devereux est un disciple de Freud, qui fait une adaptation culturelle de la conception psychanalytique.

Dans sa conception, Devereux (1977) distingue systématiquement le stress et le traumatisme. Il propose de réserver le terme de « stress » uniquement aux forces nocives qui atteignent l'individu et celui de « traumatisme » aux résultats nocifs de l'impact de ces forces.

Dans la situation culturelle, selon Devereux, un stress est traumatisant, seulement s'il est atypique, ou si, bien que typique de par sa nature, il est exceptionnellement intense ou encore prématuré.

Un stress atypique serait, selon lui, celui où la culture ne dispose d'aucune défense préétablie, « produite en série », susceptible d'en atténuer ou d'en amortir le choc. Un stress typique intense est celui dont la culture dispose des défenses préétablies, mais qui revêtent une intensité particulière, dépassant les capacités d'adaptation du sujet.

Enfin, un stress est prématuré lorsqu'il survient prématurément, c'est-à-dire lorsqu'il atteint un individu qui n'a pas encore accès aux défenses culturelles appropriées. Dans ces conditions, il provoque ce que Devereux (op. cit.) a appelé, le traumatisme précoce. Il s'agit non seulement d'un traumatisme chronologiquement précoce mais aussi celui qui atteint un enfant avant qu'il ne sache et/ ou ne soit capable d'utiliser les défenses fournies par la culture contre les forces nocives. Ce traumatisme peut également atteindre l'enfant ou l'adolescent parce qu'il est tout simplement trop jeune encore pour recourir efficacement aux défenses culturelles ou l'accès à certaines de

ces défenses lui est interdit sous prétexte qu'il ne faut pas lui permettre « d'en faire plus que son âge ». Par ailleurs, il peut avoir traumatisme précoce, parce qu'une culture ou une sous-culture renonce intentionnellement à une défense en principe disponible.

Devereux (op. cit.) précise, d'autre part, que la situation des classes défavorisées, auxquelles on dénie systématiquement l'accès aux défenses que la culture réserve uniquement aux privilégiés, mais également celle des étrangers, tant qu'ils n'ont pas acquis ou suffisamment investi, les défenses de leur nouvel environnement, se situent dans ce cas de stress prématuré.

La théorie ethnopsychiatrique de Devereux (op. cit.) explique que les traumatismes susceptibles d'engendrer des psychoses graves interviennent souvent dans la petite enfance, singulièrement au stade oral, lorsque l'enfant ne dispose pas encore de défenses d'origine culturelle lui permettant de faire face à ce type d'impact sans subir de préjudices graves et définitifs.

Le petit enfant est atteint, non pas par les matériaux culturels, mais seulement par le modèle culturel dont ses parents, ses frères et sœurs plus âgés et autres personnes de l'entourage immédiat se font, envers lui, les médiateurs, par leurs émotions, leurs attitudes, leurs gestes. Ainsi, face à une situation traumatisante, il lui faut donc improviser des défenses qui seront nécessairement d'ordre intrapsychique, car c'est là tout ce qu'il est capable d'élaborer à ce stade de son développement.

Devereux distingue quatre catégories ethnopsychiatriques, en matière de désordres de personnalité :

a) Les désordres sacrés de type chamanique : il s'agit des désordres manifestés par quelques individus, d'une société donnée, qui se consacrent entièrement à une activité rituelle ou chamanique ou en font leur principale moyen d'existence. Le conflit dominant dans ce désordre est enraciné dans l'inconscient ethnique et le sujet souffrant de ce désordre ressent ses penchants chamaniques comme égo-dystones. Le chaman est ce que Devereux (op. cit.) appelle un « élément social perturbateur ». Il se différencie de l'hystérique et du psychotique « privé », par le fait que ses conflits sont localisés, de façon caractéristique, dans le segment ethnique plutôt que dans le segment idiosyncrasique de son inconscient. Pour exprimer, contrôler et réorienter ses pulsions et ses conflits, il lui suffit de recourir aux

nombreux procédés (rituels) que la culture met à la disposition de ceux dont les conflits sont de type conventionnel. Le chaman, selon Devereux (op. cit.), est psychologiquement malade pour des raisons conventionnelles et d'une façon conventionnelle. Ses conflits sont de même nature que ceux des autres membres de son groupe et engagent un même segment de la personnalité, mais simplement plus intenses que les autres membres du groupe. Le chaman serait, selon l'auteur, un malade psychologique ayant subi un traitement chamanique lui permettant une adaptation sociale. Ce traitement consiste en une élaboration secondaire permettant, en terme psychanalytique, une restructuration conventionnelle des conflits et des symptômes, sans réelle prise de conscience de ses conflits (insight). Cette forme conventionnalisée d'élaboration secondaire n'est possible que dans le cas de sujets dont le « négativisme social » ne dépasse pas certaines limites au-delà desquelles il devient incontrôlable, et chez qui subsiste un besoin résiduel de demeurer intégré, ne serait-ce que marginalement à la société.

b) Les désordres ethniques : il s'agit de désordres structurés et agencés culturellement, qui possèdent d'ordinaire un nom.

D'un point de vu de l'ethnopsychiatrie, dans des situations de stress, la culture fournit elle-même à l'individu des indications sur « les modes d'emploi abusif » que Linton (cité par Devereux, 1977) appelle des « modèles d'inconduite ». Tout se passe comme si le groupe disait à l'individu : « ne le fait pas, mais si tu le fais, voilà comment il faut t'y prendre ». Ces modèles d'inconduites constituent justement, selon Devereux, les désordres ethniques.

Devereux (op. cit., p. 34) soutient que « toute société comporte non seulement des aspects fonctionnels par lesquels elle affirme et maintient son intégrité, mais aussi un certain nombre de croyances, dogmes et tendances qui contredisent, nient et sapent non seulement les opérations et structures essentielles du groupe, mais parfois jusqu'à son existence même ». C'est ce qu'il appelle le négativisme social, qui peut se manifester non seulement au niveau individuel, mais aussi au niveau des processus sociaux.

Les matériaux reflétant l'auto-désaveu fondamental de la société sont ceux que les individus troublés synthétisent et expriment dans leur comportement, et cela d'une façon qui peut leur valoir soit l'approbation soit la condamnation de la société. Ces

valeurs sociales anti-sociales, qui permettent à l'individu d'être anti-social d'une manière socialement approuvée et parfois prestigieuse, présentent un certain nombre de caractéristiques :

- ils sont utilisés comme symptômes sans avoir subi au préalable une distorsion quelconque, contrairement à ce qui se fait d'ordinaire en ce qui concerne l'utilisation symptomatique des traits culturels ;

- pour les muer en symptômes, il suffit de les surinvestir de manière à transformer une croyance courante en une expérience subjective : le cas du chaman par exemple ;

- on peut métamorphoser en symptômes, des matériaux culturels rationnels, en les associant arbitrairement et illogiquement à des matériaux culturels irrationnels, qui participent de cet auto-désaveu de la société ; c'est le cas par exemple de ces malades appartenant à certaines sectes fanatiques, qui refusent une transfusion sanguine médicalement indispensable, sous prétexte qu'il s'agit d'une forme de « cannibalisme ».

- ces matériaux étant foncièrement irrationnels, ils s'articulent aisément avec des modes de penser et de sentir qui relèvent du processus primaire et de la pensée prélogique.

Les désordres ethniques et les désordres chamaniques se ressemblent par le fait qu'ils utilisent tous les deux les défenses et les symptômes qui leur sont fournis par la culture et élaborés spécifiquement à cette fin. Cependant, les conflits de base des désordres ethniques sont enracinés dans les traumatismes idiosyncrasiques, suffisamment courants dans une culture donnée, pour contraindre cette culture à en prendre connaissance dès que leur fréquence ou leur intensité dépasse un certain seuil. Dans ces conditions, la culture est obligée de constituer contre ces désordres, des défenses dont l'une sera précisément l'élaboration de symptômes modèles, qui, en permettant d'extérioriser les désordres sous forme standardisée, les rendent par là même, plus aisément contrôlables. Les désordres ethniques sont provoqués par certains types de traumatismes relativement courant que la culture prend bien soin de signaler et de désigner en tant que tels. La culture met ainsi à la disposition d'individus soumis à des tensions de ce genre, une panoplie complet de défenses sous forme de symptômes préstructurés, représentant un type de « modèle d'inconduite »

standardisé. C'est la structuration ethnique qui fait d'un désordre, un désordre ethnique.

c) Les désordres types : ce sont des maladies psychologiques propres au type de société qui les produit. Dans ce sens, Devereux (op. cit.) oppose les sociétés à solidarité organique (*Gemeinschaft*) aux sociétés à solidarité mécanique (*Gesellschaft*). Dans les *Gemeinschaft*, prévaut les relations fonctionnellement multiples, alors que ce sont les relations fonctionnellement spécifiques qui jouent un rôle prépondérant dans les *Gesellschaft*, assurant par là le fonctionnement normal de ces sociétés. Ces relations sont segmentaires, souvent éphémères, réduites à l'essentiel, efficaces, parachevées dès le premier instant et jusqu'au dernier, et objectives au point d'être impersonnelles et donc frustrantes sur le plan affectif. Comme désordres psychiatriques types de ces genres de sociétés, Devereux(1977) pense que dans la *Gesellschaft*, l'homme ordinaire se trouve isolé et risque donc de devenir schizophrène, alors que dans la *Gemeinschaft*, il est presque contraint à la solidarité et risque de devenir hystérique.

d) Les désordres idiosyncrasiques : ces désordres surviennent dans des situations de traumatismes atypiques, mais statistiquement fréquents, dont la culture ne tient pas compte ou au contraire, dans le cas de traumatismes rares, même statistiquement. Dans ces conditions, la culture ne fournit pas de moyens de défense ni de symptômes permettant de fixer l'angoisse et d'affronter les conflits que le traumatisme provoque. L'individu qui subit ce type de traumatisme présentera une névrose ou une psychose « ordinaire », non ethnique, et donc idiosyncrasique. Ce désordre est caractérisé par l'improvisation des défenses et des symptômes, à partir de la déformation de certains items culturels qui, à l'origine, ne sont nullement destinés à fournir une défense contre l'angoisse. Cependant, Devereux précise que les matériaux culturels qui reflètent l'auto-désaveu de la société à l'égard d'elle-même, peuvent servir de symptômes, sans avoir à subir de déformation préalable.

La conception ethnopsychiatrique est très significative dans notre recherche, dans la mesure où elle fait ressortir l'expression culturelle sur un sujet donné, de l'agression (stress) qu'il peut subir dans sa société ; et les modes d'expression (adaptés ou non adaptés) de l'impact (traumatisme) de cette agression sur l'individu par rapport à sa culture.

2.2.2.3.5. Les conséquences du traumatisme psychique, selon la théorie psychanalytique

Bergeret (1996), décrivant les organisations de base de la personnalité, évoque la notion de « traumatisme psychique précoce » qui serait, selon lui, une désorganisation de l'évolution libidinale de la personnalité.

En effet, Bergeret (Op. cit.) décrit deux organisations psychopathologiques classiques : l'organisation psychotique et l'organisation névrotique, et un aménagement psychopathologique qu'il appelle « le tronc commun des états limites ». Cet aménagement n'est pas une structure fixe mais un aménagement de la personnalité qui se situe entre la structure névrotique et la structure psychotique. Cet aménagement serait survenu au début de l'oedipe suite au « traumatisme psychique précoce ».

En effet, dans la conception de Bergeret (op. cit.), dans le cas des états limites, le Moi, dans son évolution, aurait passé, sans trop grandes frustrations ni fixations, la structuration psychotique. Ce Moi, continue sans trop d'encombres son évolution vers l'oedipe quand, subitement, au moment du début de l'oedipe, un fait de réalité du contexte qui, dans d'autres circonstances structurelles n'aurait peut-être pas eu le même impact, est ressenti par le sujet comme une frustration très vive, « un risque de perte d'objet » : le traumatisme psychique précoce. Ce traumatisme, selon Bergeret (op. cit.), est à comprendre au sens affectif du terme. Il s'agit d'un émoi pulsionnel intense, survenu dans un état encore trop mal organisé et trop peu mûr quant à son équipement, ses adaptations et ses défenses, pour y faire face dans des conditions inoffensives.

Bergeret (1996) considère que l'enfant est entré d'un seul coup, trop brutalement et trop précocement, de même que trop massivement, dans une situation oedipienne à laquelle il n'était pas du tout préparé. « Il ne lui sera donc pas possible de négocier une relation triangulaire et génitale avec ses objets, comme pourrait le faire un peu plus tard, et mieux équipé, un sujet de statut « prénévrotique » (Bergeret, op. cit., p. 140).

Ce premier traumatisme affectif ou « traumatisme précoce », selon Bergeret, jouera le rôle de premier désorganisateur de l'évolution du sujet. Cette évolution se figera d'emblée et, pour parfois très longtemps, dans une sorte de pseudo-latence, plus précoce et plus durable que la latence normale. Cette pseudo-latence va recouvrir la période de la latence normale, puis celle de l'adolescence, et se prolonger au-delà,

pour recouvrir une partie de la période adulte, parfois, la totalité de celle-ci, jusqu'à la mort (figure 2, annexe 5).

Cependant, à tout moment de la vie, à l'occasion d'un second traumatisme désorganisateur, susceptible de réveiller par son vécu intime, l'ancienne frustration correspondant au premier traumatisme désorganisateur dit « précoce », l'aménagement provisoire et imparfait du Moi se trouve bouleversé de fond en comble. Les défenses assez peu spécifiques employées jusque-là deviennent totalement impuissantes et l'angoisse s'écoule ainsi librement sur le registre conscient, liée à des représentations anxiogènes les plus diverses. Face à cet état de choses, le sujet est amené à une décompensation psychopathologique qui empruntera soit la voie névrotique, soit la voie psychotique, soit la voie psychosomatique.

1- La voie névrotique : le sujet utilisera cette voie, si le Surmoi se montre assez consistant pour autoriser une alliance avec la partie saine du Moi, contre les pulsions intempestives du ça. Le niveau génital de la structuration oedipienne se réaliserait enfin, à l'occasion d'une meilleure relation possible et en utilisant l'énergie accessoire libérée par le traumatisme psychique. L'entrée dans la lignée névrotique semble se produire plus facilement au niveau de l'hystérophobie ou des mécanismes obsessionnels.

2- La voie psychotique sera utilisée, si les forces pulsionnelles balayent la partie du Moi qui était demeurée, jusque-là, bien adaptée à la réalité, grâce à ses défenses antérieures. Nous entrons alors dans la lignée psychotique, mais jamais dans un mode d'organisation schizophrénique trop archaïque. Souvent, les éléments dépressifs de statut « limite », conduisent le sujet vers une psychotisation autour du même noyau dépressif, dans le registre mélancolique. L'objet anaclitique qui était venu à manquer devient introjecté et les sentiments de honte et de dégoût en relation avec l'idéal du Moi antérieur peuvent se donner ainsi libre cours sous la forme des autoreproches, caractérisant ce mode d'organisation psychotique.

Bergeret (1996) précise que d'autres formes d'évolution psychotique semblent également possibles, telles que des formes hallucinatoires chroniques ou des formes paranoïdes à évolution tardive, lente et assez focalisée.

3- La voie psychosomatique est utilisée quand les manifestations mentales se trouvent déssexualisées, désinvesties et autonomisées au profit d'un mode de

régression à la fois somatique et psychique, mal différencié quant à l'excitation et à l'expression telle qu'elle a été décrite par Becache (1972, cité par Bergeret, op. cit.).

Bergeret (op. cit.) fait remarquer également que le premier comme le deuxième traumatisme peuvent parfois se trouver remplacés par une série de « microtraumatismes » répétés et rapprochés dont la somme des effets correspond pratiquement à un traumatisme unique et plus important.

Bergeret propose une conception psychodynamique qui évoque les mécanismes de la personnalité mis en jeu dans une situation de traumatisme psychique. Cependant, nous remarquons que les troubles psychotraumatiques décrits par Bergeret (op. cit.) sont des conséquences à long terme d'un traumatisme psychique ou d'une succession de microtraumatismes. Bergeret (op. cit.) n'évoque pas les conséquences à court ou à moyen terme des traumatismes psychique, pas plus, que la spécificité de ces troubles chez l'enfant et l'adolescent. En effet, un traumatisme psychique survenant chez un enfant, dans la théorie psychanalytique, signe l'arrêt du développement de ce dernier. C'est cette insuffisance dans la conception psychodynamique, décrite par Bergeret, qui nous a amenée à nous intéresser au syndrome psychotraumatique décrit par Bailly (cité dans De Clercq & Lebigot, 2001). La présentation du syndrome psychotraumatique de l'enfant faite par Bailly (confer chapitre III) nous a servi de référence en matière des manifestations psychotraumatiques de l'enfant.

Cette description ne nous permet pas, cependant, de comprendre quels mécanismes de la personnalité auraient subi l'impact traumatique pouvant se traduire par les manifestations décrites. Nous, nous estimons que les manifestations psychotraumatiques observées, traduisent une certaine organisation ou désorganisation de la personnalité. C'est pour cette raison que nous nous sommes référée à Bailly pour décrire les troubles psychotraumatiques et, pour notre interprétation explicative, nous nous sommes appuyé essentiellement sur la théorie psychanalytique, notamment la conception psychanalytique classique décrite par Bergeret et celle ethnopsychiatrique décrite par Devereux. Cependant, nous avons impliqué dans notre description des troubles psychotraumatiques, les manifestations dépressives qui n'ont pas été décrites par Bailly, mais qui nous semblent être des manifestations importantes du syndrome psychotraumatique.

Les théorisations freudiennes sur l'organisation de la personnalité selon les trois points de vue (topiques, dynamique et économique) nous permettent de comprendre le développement et le fonctionnement psychique de l'individu ; les considérations psychanalytiques du traumatisme psychique nous permettent de comprendre le traumatisme psychique comme une blessure psychique par effraction du pare-excitation, à l'image d'une blessure physique. Cependant, cette conception psychanalytique ne nous permet pas de comprendre de façon précise ce qui est blessé dans l'appareil psychique ; il convient alors de donner quelques éclaircissements sur la notion de traumatisme psychique et ces conséquences psychotraumatiques, selon la manière dont nous le comprenons, en nous inspirant de la théorie psychanalytique.

2.2.2.4. Le traumatisme psychique : les mécanismes en jeu, les conséquences psychologiques et les facteurs de traumatisation ou de résilience

2.2.2.4.1. Les mécanismes psychiques en jeu dans le traumatisme psychique

La théorie psychanalytique définit le traumatisme psychique comme une blessure psychique par effraction du pare-excitation, par analogie au traumatisme physique qui est une blessure physique par effraction du revêtement cutané.

Le pare-excitation, dans la conception freudienne, est une couche protectrice de l'appareil psychique contre les excitations venant de l'extérieur. Il a pour rôle de ne laisser passer que des quantités d'excitation tolérables par l'appareil psychique. Il sélectionne donc, et ne laisse passer dans le psychisme que des excitations supportables par ce dernier, lui évitant ainsi le traumatisme. Lorsque la quantité d'excitation ou la force de celle-ci dépasse la capacité de tolérance du pare-excitation, ce dernier est fragilisé, provoquant ce que Freud appelle « l'effraction », « la blessure » du pare-excitation et donc le traumatisme psychique. Dans ces conditions, la couche protectrice du psychisme ne peut plus assurer sa fonction de protection et laisse passer dans le psychisme des quantités d'excitation non tolérables par ce dernier. Ceci entraîne son débordement, incitant la mobilisation « de toutes les forces disponibles, afin d'établir des contre-investissements, de fixer sur place les quantités d'excitation affluentes et de permettre ainsi le rétablissement des conditions de fonctionnement du principe de plaisir » (Laplanche & Pontalis, 2003, P.500). Dans ce débordement,

l'effraction va successivement affecter les différentes couches de l'appareil psychique et provoquer même leur destruction complète, selon les cas.

Notons que dans ses théorisations, et précisément dans son point de vue topique, S. Freud conçoit l'appareil psychique, sur un plan spatial, et décrit ainsi l'inconscient, le préconscient et le conscience (ou perception conscience), dans la première topique ; le Ça, le Moi et le Surmoi dans la seconde topique.

Ainsi selon la première topique:

- le conscient se situe à la périphérie de l'appareil psychique, entre le monde extérieur et les systèmes mnésiques. Il est chargé d'enregistrer les informations venant de l'extérieur et de percevoir les sensations intérieures de la série plaisir-déplaisir. C'est justement entre ce système conscient et le monde extérieur que se trouve le pare-excitation.

- le préconscient désigne ce que Freud a appelé notre « Moi officiel ». Sa distinction avec le conscient est malaisée à établir. Il appartient au système des traces mnésiques et est fait « de représentations de mots » par opposition à la « représentation des choses ».

Notons que le conscient et le préconscient sont caractérisés par le processus secondaire c'est-à-dire que l'énergie n'y circule pas librement.

- l'inconscient est la partie la plus archaïque de l'appareil psychique, la plus proche de la source pulsionnelle. Son contenu est constitué essentiellement de représentants des pulsions. Il est caractérisé par le processus primaire, c'est-à-dire qu'à son niveau, l'énergie circule librement et la décharge se fait sans entrave.

Du point de vue de la deuxième topique :

- le Ça est le pôle pulsionnel de l'appareil psychique. Selon, Freud (cité par Bergeret, 1996), c'est « la partie obscure, impénétrable de notre personnalité ; nous nous le représentons débouchant d'un côté dans le somatique et y recueillant les besoins pulsionnels qui trouvent en lui leur expression psychique » (p.58). Instinct de vie et instinct de mort appartiennent au Ça.

- le Moi est le pôle défensif. Il se présente en médiateur entre les exigences pulsionnelles du Ça, les contraintes extérieures et les exigences du Surmoi, et il est chargé de l'intérêt de la totalité du sujet.

- le Surmoi est l'héritier du complexe d'oedipe et tire son origine du Ça comme le Moi. Il est structuré par les processus d'identification, tant à l'un qu'à l'autre des deux parents. Le Surmoi assume trois fonctions : une fonction d'auto-observation, une fonction de conscience morale, de censure et une fonction d'idéal, actuellement appelée idéal du Moi.

Revenons à la description du traumatisme psychisme pour dire qu'en tenant compte de la présentation topique de l'appareil psychique, l'effraction du pare-excitation, laissant passer des quantités intolérables d'excitations dans l'appareil psychique, peut atteindre successivement le conscient, le préconscient et l'inconscient, selon l'étendue, évidemment, de cette effraction (dans le cas de la première topique) ; ou, dans la conception de la deuxième topique, le Surmoi, le Moi et le Ça.

L'étendue de la blessure psychique sera donc fonction de la zone de l'appareil psychique atteinte par l'effraction. Ainsi, la blessure qui n'aurait touché que le pare-excitation pourra être qualifiée de traumatisme léger alors qu'on parlera de traumatisme modéré dans le cas où c'est le Conscient et/ou le Préconscient (dans la première topique) ou le Surmoi et/ou le Moi (deuxième topique) qui sont touchés par la blessure ; et de traumatisme sévère si la blessure a touché l'Inconscient (première topique) ou le Ça (deuxième topique). Ainsi les conséquences psychotraumatiques dépendront de la zone du psychisme lésée.

2.2.2.4.2. Les conséquences psychotraumatiques

Schwab & Pritchard (cité par Sivadon & al. 1973) ont tenté de cerner la notion de l'intensité relative des diverses situations de ce que Sivadon a appelé « stress psychologique », entraînant des manifestations émotionnelles pouvant déclencher des conduites d'évitement ou des changements manifestes dans le comportement extérieur. Et ils ont suggéré la subdivision de ces situations en trois classes :

- la situation de stress bénin, entraînant un trouble d'une durée allant de quelques secondes à quelques heures : être inquiété par des insectes, rater un train, apparaître en public devant un auditoire... ;

- la situation de stress modéré aurait des effets durant quelques heures à quelques jours : une période de surmenage, un dérangement gastrique, la visite d'un inspecteur, un examen ou un concours scolaire, l'absence temporaire d'une personne aimée ;

- la situation de stress sévère répercuterait ses effets sur plusieurs semaines, plusieurs mois ou même sur des années : un éloignement prolongé du milieu, la mort d'un être cher, la ruine financière, les maladies, les interventions chirurgicales et les accidents graves.

Ils précisent que seuls les deux derniers types de situations sont générateurs de troubles émotionnels intenses et responsables de modifications comportementales caractéristiques.

En faisant un parallèle avec cette description, nous décrivons trois degrés de traumatisme psychique : le traumatisme léger, le traumatisme modéré et le traumatisme sévère. Les troubles psychotraumatiques dépendent du degré du traumatisme.

Le traumatisme léger est celui dont la blessure se situe au niveau du pare-excitation et qui provoque une désorganisation mineure, réversible de la personnalité, pouvant aller de quelques secondes à quelques heures. Le traumatisme modéré est celui où la blessure a atteint le conscient et/ou le préconscient, ou le Surmoi et/ou le Moi et qui est susceptible de provoquer à long terme, des troubles de personnalité plus ou moins graves tels que les névroses. Enfin, le traumatisme sévère est celui qui atteint l'Inconscient ou le Ça. Ce traumatisme est susceptible de provoquer, à long terme, des troubles de personnalité graves tels que les psychoses.

Sivadon et Crahay (1973) ont analysé les réactions de stress en fonction de la phase dans laquelle elles se situent. Ainsi quatre phases ont été décrites :

a. La phase d'anticipation ou de menace :

Les auteurs précités constatent que la plupart des individus vivent dans une sorte d'illusion relative de non-vulnérabilité, qui leur permet d'avoir un sentiment de confiance en soi et d'être détendu et d'affronter les risques de l'existence. Mais lorsque la situation se modifie dans un sens défavorable et que des dangers accrus menacent l'individu, il apparaît alors des sentiments de tracasserie et une mise sous tension de l'esprit. Il s'agit de la phase de menace où un travail d'élaboration de conduites adaptatives, pouvant aboutir à des exercices ou un entraînement (réel ou fantasmatique), en vue d'affronter le stress en meilleure condition. Ce travail consiste en l'évaluation des formes concrètes de menace et l'examen des parades possibles.

b. la phase d'impact :

Il s'agit de la phase de stress proprement dite pendant laquelle l'individu se trouve en présence du danger. Elle entraîne des réactions physiologiques diverses. Au point de vue psychologique, l'attention se focalise sur l'instant présent. Il y a initialement un accroissement de la lucidité, de l'attention et de l'empan mnésique ; mais si l'intensité du stress dépasse certaines limites, en intensité ou en durée, on peut observer au contraire, un état de baisse de vigilance, d'engourdissement, de désorganisation de la pensée. Le comportement est parfois automatique. Souvent, lorsque des réactions ont été conditionnées au cours de la phase de menace, il se conforme aux réponses conditionnées.

Tyhurst (cité par Sivadon & *al.*, 1973) estime que 12 à 25% des individus conservent leur sang-froid et leur jugement au cours de cette phase.

c. la phase d'éloignement du danger :

Elle est caractérisée par des séquelles des modifications survenues au cours de la phase d'impact et par la tendance très fréquente à chercher à s'attacher à un être ou à un milieu sécurisant et à en rester dépendant. Ces conduites sont à comprendre, selon Sivadon et Crahay (1973), comme des signes d'un début de remise en place des fonctions adaptatives troublées lors de l'impact. L'intervention des soutiens extérieurs est d'une importance considérable pour la réadaptation. Ces soutiens vont permettre la réorganisation de la personnalité et un retour à l'état antérieur et donc, l'évolution psychologique du sujet et l'issue des troubles en dépendent.

d. la phase post-traumatique :

Elle débute quand le Moi a été reconstitué au maximum, quand l'équilibre physiologique est stabilisé, quand les fonctions cognitives, motrices et affectives sont rétablies. Il arrive cependant que des problèmes psychologiques subsistent. On peut ainsi observer qu'un survivant, éprouve un sentiment profond de culpabilité, du fait que bien d'autres soient morts. Certains auteurs interprètent ce phénomène comme une démarche propitiatoire destinée à « obtenir la permission de rester en vie » (Sivadon & *al.*, op. cit.). La colère et l'agressivité sont souvent observées à cette phase. L'altération du caractère aboutit parfois à un état dépressif ou paranoïde.

De ce qui précède, nous tenons à faire quelques remarques : la phase de menace se présente, à notre entendement, comme la phase de préparation à affronter la menace,

le stress, le danger. Elle nous semble donc revêtir un rôle primordial par rapport aux réactions de l'individu et aux conséquences psychotraumatiques qui vont survenir dans les trois autres phases. Ainsi, si les conduites adaptatives ont été suffisamment élaborées au cours de la phase de menace, les réactions de l'individu au stress et les conséquences psychotraumatiques seront moindres aux trois autres phases. Cependant, si la menace n'a pas été ressentie de façon importante et les conduites adaptatives suffisamment élaborées, les réactions de l'individu au stress et les conséquences psychotraumatiques se feront remarquer de façon importante.

Il faut donc remarquer que les réactions d'un individu à une situation de stress dépendent de la préparation de ce dernier à y faire face, mais également de bien d'autres facteurs.

2.2.2.4.3. Les facteurs de traumatisation ou de résilience

Sivadon et *al.* (op. cit.) pensent que l'effet de la répétition d'événements traumatisants semble provoquer de l'accoutumance chez certaines personnes, leur permettant de se défendre plus aisément de leur nocivité, alors que chez d'autres au contraire, il semble créer de la sensibilité, jusqu'à ce qu'ils s'effondrent sous l'effet d'une circonstance parfois insignifiante sur le plan objectif, mais pour eux devenue intolérable.

Pour Sivadon et *al.* (op. cit.), les facteurs expliquant ces phénomènes d'accoutumance et de sensibilisation sont nombreux et certains sont indiscutablement héréditaires et parfois même liés à l'espèce. Ils retiennent cependant la possibilité de substitution, un contexte sécurisant, une énergie instinctuelle suffisante comme facteurs favorisant l'accoutumance. De l'autre côté, une hérédité asthénique et des dispositions de mise à distance, une médiocre aptitude à la métabolisation des conflits, favoriseraient la sensibilisation. Ils précisent cependant que le facteur essentiel serait l'impossibilité de mise à distance, liée parfois à la structure de la situation (en impasse, sans issue) et aussi à la structure du psychisme (rigide, obsessionnel).

Nous tenons à noter que Devereux (1977), dans sa conception ethnopsychiatrique, relève à son niveau deux groupes de facteurs : les défenses culturelles et les défenses idiosyncrasiques.

Les défenses culturelles sont des matériaux que chaque culture met à la disposition des individus pour faire face à des stress répétés et reconnus par la culture. Les défenses idiosyncrasiques seraient, quant à elles, des défenses que l'individu élabore,

devant des situations de stress atypique face auxquelles la culture ne prévoit pas de défenses. Cette élaboration se fait par déformation de certains items culturels.

De ce qui précède, nous regroupons les facteurs d'accoutumance (résilience) ou de sensibilisation en deux groupes essentiels : les facteurs individuels, personnels et les facteurs socio-culturels.

Au total, le traumatisme psychique est une blessure psychique qui, à l'image de la blessure physique, peut revêtir des niveaux de gravité divers selon la zone du psychisme atteinte. Les conséquences de cette blessure psychique dépendent en général de la zone psychique lésée. Cependant divers facteurs permettent de comprendre pourquoi devant un événement à intensité égale, certains individus seront traumatisés, alors que d'autres ne le seront pas. Certains de ces facteurs relèvent de la structure personnelle du sujet, d'autres dépendent de la structure sociale et culturelle.

A la lumière des données de la littérature sur le traumatisme psychique né de la violence et ses conséquences psychotraumatiques, nous allons énoncer le problème de la présente étude.

2.2.2.5. Enoncé du problème

L'analyse des travaux relatifs au traumatisme psychique montre qu'il existe un lien entre les événements de vie tels que les catastrophes naturelles ou humaines, les agressions, la maltraitance intrafamiliale, les abus divers et les manifestations psychotraumatiques. Nous nous interrogeons alors sur la relation qui existerait entre la maltraitance des enfants et des adolescents au Togo et les troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature. Autrement dit, est-ce que la maltraitance des enfants et des adolescents au Togo entraîne des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.

2.2.2.6. Questions spécifiques

- Les maltraitements physiques des enfants et des adolescents au Togo entraînent-elles des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature?

- Les maltraitements psychologiques des enfants et des adolescents au Togo entraînent-elles des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature ?

- Les maltraitances sexuelles des enfants et des adolescents au Togo entraînent-elles des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature ?

- L'âge favorise-t-il la survenue et l'évolution des troubles psychotraumatiques ?

- La survenue et l'évolution des troubles psychotraumatiques dépendent-elles des formes de maltraitance ?

- Existe-il des troubles psychotraumatiques en lien avec la maltraitance des enfants et des adolescents, spécifiques au contexte togolais ?

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

III. ETAT DE LA QUESTION, HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

3.1. Etat de la question et spécification du problème

3.1.1. Dans le monde

Beaucoup de travaux de part le monde ont été faits sur la maltraitance ou la violence à l'égard des enfants. Ces travaux abordent toutes les formes de maltraitance y compris le trafic et l'exploitation des enfants, les nouvelles formes de maltraitance en Afrique que sont l'enrôlement des enfants dans les conflits et les mutilations génitales féminines (en Afrique de l'ouest surtout).

Ces études, pour la plupart, traitent des facteurs de vulnérabilité ou de risque, des causes et, très souvent, des conséquences somatiques. Mais parfois, ces travaux sont d'ordre juridique, rappelant surtout les droits des enfants brimés par la maltraitance que leur infligent les adultes. Il ressort également de ces travaux que les enfants sont souvent maltraités dans un foyer, qu'il soit celui biologique ou d'adoption.

Ainsi, Se situant dans un cadre éducatif, Neil (1972) s'oppose à la pratique des punitions corporelles à l'école. Il prétend conduire jusqu'au seuil de l'âge adulte, des enfants sains, dépourvus de crainte et de haine. Il proscrit les punitions corporelles parce qu'elles ne corrigent plus. Elles créent et perpétuent le sentiment du sadisme et du cynisme. Pour lui, les punitions dévoilent, en réalité, l'insuffisance morale de certains éducateurs à obtenir un bon comportement de la part de leurs élèves. Cela l'amène à conclure qu'elles provoquent l'échec scolaire.

Pour Rusa (1980), près de 25% des filles et environ 10% des garçons vivent une expérience à caractère sexuel avec un adulte avant l'âge de treize ans. Le fait est donc fréquent et il n'est pas nouveau. Or, la plupart du temps, l'enfant se tait par honte, par peur, parce qu'il pressent qu'il ne sera pas cru, par soumission naturelle aux adultes et s'il parle, on le fait taire.

De leur côté, Mann Eberhard & Gaynor (1984) analysent les répercussions psychologiques des sévices sexuels isolés ou multiples, de courte durée, sans relation avec la famille, sur les mineurs et leurs parents. Ils considèrent, en effet, que les quelques publications existantes traitent surtout des problèmes d'inceste et de sévices sexuels de longues durées.

Van Gjsogaem (1985) situe ici l'inceste, sur le plan métapsychologique, au même niveau que le meurtre. Compte tenu de l'aspect morcelant d'une réelle saisie des interventions parentales, l'enfant, s'il veut rester à l'abri du morcellement, se doit d'éviter de comprendre. Il le fera par l'une et/ou l'autre des stratégies suivantes : la répétition compulsive, la scotomisation ou l'aliénation de son corps et de sa sexualité, le maintien artificiel d'une sensation de complétude narcissique, et finalement, l'établissement d'une cause délirante.

Miller (1986) dénonce la violence dans l'éducation de l'enfant. Celle-ci est trop souvent utilisée par l'adulte, entre autres pour satisfaire ses propres désirs sexuels. Miller se bat pour qu'enfin soient reconnues les souffrances de l'enfant et pour que la psychanalyse puisse devenir « l'instrument de libération qu'elle a toujours voulu être ».

Sgroi (1986) traite des enfants victimes d'abus sexuels en thérapie familiale et individuelle depuis 10 ans. Elle nous donne ici une description très précise des différents types d'abus ainsi que des fragments des cas. Sur le plan de la recherche thérapeutique, on trouvera des éléments intéressants comme la notion de « patients involontaires », une comparaison entre la structure des familles où se produit un abus sexuel extra-familial et celle des familles problématiques incestueuses. L'abus sexuel est d'abord envisagé sous l'angle de l'abus de pouvoir dans ce document.

L'originalité du livre de **Rouyer & Drouet (1986)** tient au fait qu'il est le premier en France à être écrit par des pédopsychiatres en contact régulier avec des « familles maltraitantes » et leurs enfants. Les auteurs ont pu ainsi aborder le sujet de « l'enfant violenté » dans la famille sous ses multiples aspects et donc ont pu mettre en évidence la diversité des solutions et surtout la complexité des prises en charge. Ils ont également insisté sur la gravité des conséquences de l'inceste et la nécessité d'une intervention sociale ou judiciaire.

Ennew (1987), à la lumière des considérations à la fois théoriques et éthiques, étudie les enquêtes qui ont été menées un peu partout sur l'exploitation sexuelle des enfants. L'auteur resitue le problème dans le contexte des débats qui ont surgi ces dernières années sur l'enfance, la sexualité et la famille, puis elle analyse les documents qui prouvent la présence d'enfants dans la prostitution, dans le tourisme sexuel et la pornographie.

Sibony (1998) souligne qu'une des grandes sources de la violence est l'injustice et qu'une violence se donne toujours comme riposte à une autre. Selon lui, la violence n'est pas qu'un phénomène de société ; si elle le devient aussi, elle n'est pas qu'une épidémie, même si elle se propage. Elle concerne chacun dans ce qui l'affronte à son être et à son devenir. La société vit la violence au quotidien et elle est indissociable de notre nature. Il fait remarquer qu'exercer la violence sur les enfants, c'est les empêcher de vivre comme on empêche de rire dans la maison des morts. Toujours selon lui, la violence du jeune trouve son explication dans le fait qu'il veut « marquer » sa présence et que « la façon qu'on avait de le percevoir ne va plus ». Pour les jeunes, c'est un « éclat de l'existence » qu'ils peuvent signaler et dont ils font un éclatement. Pour comprendre la violence à l'école, il faut, selon la thèse de Daniel Sibony, se référer au passé de l'individu, interroger son enfance, son environnement physique et social.

Sur un plan juridique **Jesu (2000)** pense que le recours au signalement judiciaire devrait toujours être soigneusement pesé. S'il apporte aux enfants, aux parents et aux professionnels les garanties d'une procédure contradictoire, il peut en revanche présenter, à plus ou moins long terme, une série d'inconvénients quand il s'avère inapproprié. Les constats incitent à consolider la culture d'évaluation et d'intervention commune aux services concourant localement à la protection de l'enfance. Cet article présente les différentes actions de prévention et leur dimension éthique. **Vaillant, Portelli, Baudon & al., Damiani (éd) (2000)**, expliquent les droits des enfants, le parcours judiciaire de l'enfant victime, les séquelles psychiques et comment les surmonter, en abordant la question de la clinique du trauma dans une perspective psychodynamique. Ils abordent également les différentes thérapies utilisées pour aider ces enfants victimes de traumatismes lourds et les réparations juridiques susceptibles d'intéresser ces victimes. Des fiches pratiques apportent les éléments essentiels pour comprendre la procédure pénale, comment se font les signalements ainsi que le certificat médical initial. ils ne s'intéressent pas à décrire à fond les conséquences psychotraumatiques de la maltraitance des enfants et des adolescents.

Brengard & Dumont (2001) pensent que l'importance des conséquences des maltraitements sur les nourrissons, tant sur leur développement que sur la constitution même de leur personnalité, invite à une réflexion sur les possibilités d'une prévention précoce. La prévention dépend des capacités des intervenants à considérer ce que les

auteurs définissent comme "une clinique de situation" et une "clinique de la "non demande". L'efficacité du système de soutien ne réside pas dans la somme des interventions accomplies, mais dans le regard des intervenants qui ne jugent pas mais permettent aux compétences parentales de se développer.

Les violences sexuelles constituent une frange importante des travaux effectués de par le monde sur les violences faites sur les personnes.

Britton, O'flynn & Trolfree (2001) établissent un lien entre le divorce, le milieu social, la famille nombreuse et le mauvais traitement infligé aux enfants. Ils font ensuite la différence entre l'enfant maltraité et l'enfant à risque. L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, sexuelles, psychologiques et négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique, alors que l'enfant à risque connaît des conditions d'existence difficiles pouvant compromettre sa santé, sa moralité, sa sécurité et son éducation. Les conséquences des abus sur les enfants sont à court, à moyen et à long terme.

Vinville Loeb, Olivier, Lauquin & Bailly (2001) traitent d'une forme de maltraitance encore mal connue : « le syndrome de Münchhausen par procuration ». C'est une forme de maltraitance à enfant, caractérisé par un trouble factice, correspondant à une maladie produite ou simulée par un tiers, le plus souvent la mère. Il est difficile à diagnostiquer car il se manifeste par une symptomatologie variée constituant souvent un tableau inhabituel pour le pédiatre, par ailleurs confronté à des parents d'attitude normale. L'enfant est doublement victime de sévices : d'une part, par la création de la maladie somatique par le parent et d'autre part, par l'acharnement diagnostique et thérapeutique du médecin. Les conséquences graves sur le développement physique et psychique des victimes méritent que l'on s'interroge sur la psychopathologie d'une forme de maltraitance qui met en jeu à la fois un trouble de la relation parent-enfant et un trouble de la relation avec le monde médical.

Enfant du monde (2002) relève une autre forme de violence faite aux enfants qui est de les enrôler comme soldat dans les conflits armés.

De Gasquet (2002) traite des abus sexuels sur les enfants et de l'inceste. L'auteur aborde tour à tour ce qui peut caractériser l'abus sexuel et la manière d'identifier les symptômes chez quelqu'un l'ayant subi, les traumatismes et les besoins qu'il fait naître chez les victimes. Y sont décrits également, les différents profils d'abuseurs et

complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle. Les ESPT de l'enfant se révèlent être, à l'inverse des idées reçues, fréquentes, durables et potentiellement graves. Le jeune âge n'est pas protecteur.

De Becker (2006), travaillant sur la clinique et les repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement, constate que l'abus sexuel demeure un sujet délicat à aborder sur le plan clinique. Nombre de professionnels confrontés à ces situations particulières de maltraitance sont amenés à se positionner entre aide, soin et protection à l'égard de l'enfant victime. Mais, comment assumer ses responsabilités en gardant une attitude de neutralité, de bienveillance, de lucidité objective ? L'auteur propose, à partir d'une vignette clinique, de parcourir les paramètres à considérer pour étayer une évaluation rigoureuse. La question de la validité de l'allégation tenue par l'enfant est approfondie, en examinant le statut du mensonge et de la vérité pour cette tranche d'âge.

Toujours dans la même lancée, **Ecpat International (2007)** considère l'exploitation ou l'abus (y compris l'abus sexuel) comme une violation fondamentale des droits des enfants. Il pense que les auteurs sont souvent des personnes qui sont responsables d'une manière ou d'une autre de la sécurité et du bien-être de l'enfant ; ce qui fait qu'une relation de confiance et donc de pouvoir s'est développée entre eux et l'enfant.

Les résultats issus de l'**enquête événements de vie et santé, menée en 2005 -2006 (2007)** auprès de 10.000 personnes âgées de 18 à 75 ans, ont révélé que près d'une personne sur deux déclare avoir subi au moins une violence verbale. Les jeunes apparaissent davantage exposés aux violences interpersonnelles de toute nature et les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à rapporter des violences sexuelles, sur la durée entière de la vie. Certains types de violence sont très fréquemment répétés : plus de 40% des personnes ayant déclaré avoir été victimes d'une violence sexuelle au cours des deux dernières années indiquent que ces faits se sont répétés au moins deux fois. Près d'une fois sur deux les violences physiques se sont aussi répétées. Les femmes déclarent, plus fréquemment que les hommes, avoir subi des dommages matériels, professionnels, psychologiques ou physiques importants ou bien encore des dommages en matière de santé, à la suite des violences subies dans les deux dernières années précédant l'étude. L'auteur des faits de violence ayant entraîné ce type de conséquences est le plus souvent un homme seul, connu de la victime, faisant partie de sa famille ou de ses proches dans plus d'un quart des cas.

Tursz & Gerbouin Rerolle (2008) font remarquer que, dans son "Rapport mondial sur la violence et la santé" de 2002, l'OMS indiquait que les très jeunes enfants étaient les plus exposés au risque d'homicide. La France n'échappe pas à cette douloureuse règle statistique : c'est avant l'âge d'un an que le taux d'homicide est le plus élevé par rapport à tous les âges de la vie. Face à ce constat, cet ouvrage a un triple objectif : analyser le cadre juridique et institutionnel du recueil d'information sur les enfants maltraités ; faire le bilan des connaissances statistiques et épidémiologiques, en soulignant les problèmes de fiabilité des données et en réalisant une synthèse suivie de recommandations ; proposer un outil aux professionnels de la petite enfance, leur apportant des chiffres propres à étayer et évaluer leurs actions, les principaux textes de lois et un annuaire des informations accessibles sur Internet.

Bouchard, Tourigny, Joly, Hébert & Cyr (2008) s'intéressent aux conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique, vécue pendant l'enfance. Ils font remarquer que la co-occurrence des mauvais traitements vécus pendant l'enfance n'est pas rare. Toutefois, peu d'études se sont penchées sur les conséquences à long terme du phénomène. Cette étude vise à déterminer le rôle spécifique de chaque forme de violence vécue pendant l'enfance (sexuelle, physique et psychologique) dans le développement des séquelles à l'âge adulte. De plus, elle a pour objectif de déterminer le rôle que joue la co-occurrence dans ces conséquences. Elle a ainsi permis de démontrer que le fait de vivre plus d'une forme de maltraitance pendant l'enfance augmente les séquelles à l'âge adulte, soulignant ainsi l'importance de considérer l'impact de la co-occurrence dans l'élaboration et l'implantation de programmes d'intervention.

De son côté, le **Ministère Français des Affaires Sociales et de l'intégration**, dans un dossier technique, nous rapporte plusieurs faits concernant les abus sexuels. Des recherches récentes, selon ce dossier, démontrent qu'une fille sur trois et un garçon sur cinq sont victimes d'abus sexuels avant d'avoir dix-huit ans. Même si les jeunes de tout âge peuvent être victimes d'abus sexuels (sans distinction de sexe), les enfants agressés ont généralement quatre à onze ans et 22% d'entre eux ont moins de six ans.

Dans 85% des cas, l'enfant connaît son agresseur, que ce soit un parent, un ami de la famille ou encore un voisin. Dans 40% des cas, l'agresseur est le père ou celui qui joue ce rôle ; 3% des agresseurs sont des femmes. Habituellement, l'agression ne comporte aucune violence physique. L'agresseur utilise plutôt la persuasion, les

menaces et la corruption. Dans 88% des cas dénoncés, l'enfant est victime d'abus sexuels répétés. Comme l'agresseur réussit la plupart du temps à le convaincre de garder leurs relations secrètes, la situation peut perdurer jusqu'à l'adolescence.

L'agression a très souvent lieu dans un environnement familial à l'enfant, que ce soit dans sa propre demeure ou dans celle d'un parent ou d'un ami de la famille. Il n'existe aucun témoignage d'enfant ayant menti à ce sujet. L'enfant sait très bien que s'il le faisait, cela lui attirerait beaucoup d'ennuis. Lorsqu'il ment habituellement, c'est pour se sortir du pétrin, non pour s'y précipiter.

Hayez (2010) aborde la difficile question de la parole de l'enfant dans le cadre de l'expertise psychologique. Dans les affaires de pédophilie, d'inceste, le témoignage des enfants est crucial. Or, on sait désormais qu'il faut s'interroger sur la véracité de cette parole. Il note qu'il importe de distinguer l'authenticité de la parole et sa fiabilité. L'auteur décrit dans quelles conditions on doit recueillir la parole de l'enfant, gérer les situations de doute et tenter d'évaluer sa fiabilité.

3.1.2. En Afrique

Abdou (2002) note que la violence punitive en milieu scolaire influence négativement les résultats scolaires des élèves. Il a surtout relevé que cette forme de violence, dans les Collèges d'enseignement Général de la Communauté urbaine de Niamey, est un fléau à combattre car elle constitue un frein à l'apprentissage d'une grande partie des élèves de la communauté scolaire.

Dans son rapport de recherche effectuée sur les abus et violences sexuels faits à l'enfant et à la femme au Katanga, en République Démocratique du Congo, **Mulumbwa Mutambwa (2005)** précise que cette recherche a été menée dans un contexte de crise économique persistante qui a vu se dégrader le tissu économique du pays avec son corollaire de conséquences (difficultés de bien se nourrir, de se faire soigner, de payer les études, etc), l'émergence du phénomène des enfants de la rue à la fois victimes et auteurs des violences sexuelles.

L'enquête avait pour objectifs de préciser les formes de violences sexuelles dont sont victimes les enfants et les femmes, les facteurs de risque qui président à leur commission, le profil des auteurs et des victimes, les référents (judiciaire, culturel, moral ou religieux) auxquels se rapportent les auteurs pour légitimer leurs actes ;

déterminer le niveau de connaissance du droit de la femme et de l'enfant et le degré de prise en charge médico-sanitaire et psychologique.

Plusieurs sources (juridique, coutumière, sanitaire, religieuse, etc) ont été interrogées ; d'où la diversité des critères sur la base desquels un acte a été qualifié d'abus ou de violence sexuel à savoir : l'intention de l'auteur, la perception de la victime et la nature fâcheuse des conséquences en rapport avec l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le niveau d'autonomie d'un individu (personne non handicapée mentale ou physique).

L'approche a été essentiellement qualitative et la technique d'entretiens semi-directifs a permis d'obtenir des informations chez 290 informateurs à Lubumbashi et 63 à Kasumbalesa.

De cette enquête, il est ressorti deux types de violences : celles manifestes parce que reconnues comme sévices par la société globale (c'est le cas du viol, du harcèlement sexuel, le fait d'être conduite à poser pour un film pornographique, la zoophilie, le coït ininterrompu et douloureux, l'incitation des mineurs à la débauche, le refus de porter le préservatif, l'escroquerie des « preneurs », l'inceste, etc.) et celles subtiles, véhiculées à travers les institutions qui composent la société comme la famille (c'est le cas des phénomènes « *kupyana* et *kutengeneza* » (avoir des relations sexuelles avec quelqu'un de la famille du conjoint défunt pour être purifié), le mariage précoce (l'âge de mariage varie selon la loi pénale congolaise et les coutumes), le proxénétisme, la polygamie, etc.).

Ainsi, le site de Lubumbashi a enregistré :

- pour les adultes: Viol 20%, Harcèlement 12%, Pose porno 3%, Zoophilie 5%, Refus préservatif 1%, Escroquerie preneur 3%, Infidélité 2%, Position porno 1%, Coït interrompu, répétitif ou douloureux 1%, Incitation à la débauche 3%, Mariage précoce 2%, *Kupyana* 10%, Echangisme 6%, Inceste 4%, Pratiques sur les organes sexuels 14%, Proxénétisme 7%, *Kutengeneza* 4%,

- pour les enfants: Viol 59%, Harcèlement 6%, Pose porno 2%, Zoophilie 1%, Coït interrompu, répétitif ou douloureux 1%, Incitation à la débauche 6%, Mariage précoce 9%, *Kupyana* 1%, Inceste 4%, Pratiques sur les organes sexuels 3%, Proxénétisme 5%.

Pour le site de Kasumbalesa:

- pour les adultes : Viol 15%, Harcèlement 7%, Pose porno 10%, Zoophilie 18%, Refus préservatif 0%, Escroquerie preneur 7%, Coït interrompu, répétitif ou douloureux 4%, *Kupyana* 3%, Echangisme 15%, Inceste 4%, Pratiques sur les organes sexuels 2%, Proxénétisme 12%, Mariage forcé 4%, Mariage par procuration 1%.

Sur 290 cas de viols déclarés à Lubumbashi (une grande ville pourtant), 79 seulement (27,2%) ont été référés dans un centre médico-sanitaire ou chez un tradipraticien, ou ont fait l'automédication. Concernant la prise en charge psychologique, le rapport indique que 97.52% des victimes du site de Lubumbashi n'ont été référés dans aucune institution quelconque pour un réconfort psychologique.

Dans son rapport sur les abus sexuels contre les enfants : une urgence sanitaire silencieuse, le **Directeur régional de l'OMS**, région Afrique, estime que la maltraitance de l'enfant est un problème de santé publique mondial qui se pose couramment dans toutes les générations, couches socioéconomiques et sociétés. Selon ce rapport, on ne connaît pas l'ampleur du phénomène en Afrique et rares sont les informations provenant d'études faisant autorité. Toutefois, l'OMS estime que quelques 40 millions d'enfants de 0 à 14 ans dans le monde souffrent d'une forme de maltraitance et ont besoin de soins de santé et d'une protection sociale, l'abus sexuel étant la forme la plus épouvantable.

L'abus sexuel commis sur un enfant, selon ce rapport, consiste « à associer un enfant à une activité sexuelle qu'il ne comprend pas entièrement sans qu'il puisse donner son consentement éclairé ou sans qu'il ait été préparé par son développement à donner son consentement, ou qui constitue une violation des lois ou tabous sociaux en vigueur ». C'est un fait extrêmement tragique et cruel qui se double d'une grave violation des droits de l'enfant à la santé et à la protection.

L'abus sexuel à enfant désigne la pénétration, les attouchements et caresses injustifiées des parties génitales, mais la plupart des cas signalés sont ceux qui impliquent pénétration et souillure. Généralement, on le découvre quand les parties génitales sont lésées ou infectées, ou lorsqu'on observe des taches de sang sur les vêtements. Les très jeunes enfants possèdent rarement les mots pour décrire de tels faits ; ils sont donc incapables de révéler de tels infractions à caractère sexuel. Leurs

auteurs ont recours à la tromperie, à la coercition ou à la force pour commettre ces crimes.

Ce rapport identifie comme facteurs à risque dans la région africaine, la pauvreté économique et parfois l'opulence, les conflits armés et l'effondrement des structures familiales et sociales.

Dassa & Sylla (2009) ont relevé comme facteurs déterminant de l'inceste en Afrique subsaharienne : l'absence de la mère, l'isolement géographique et social, la différence de culture entre parents, l'alcoolisme du père, la pathologie mentale de l'abuseur ou de la victime. Ils précisent que ces facteurs le sont surtout quand ils sont associés. Cette étude a porté sur des cas cliniques de victimes reçus en consultation psychiatrique. Elle visait à relever les similitudes de ces cas afin d'aider le praticien à repérer, sentir les situations où l'inceste existe, pour intervenir précocement. Ainsi on pourrait éviter les conséquences à moyen et à long terme. Les auteurs estiment cependant que la lutte contre certaines pratiques traditionnelles et les changements de mentalité seraient les cibles préventives.

Mbassa-Ménick, Dassa, Kenmogne & Abanda Ngon (2009) ont mené une recherche multicentrique, exploratoire et prospective sur l'exploitation sexuelle des mineurs au Cameroun. Cette étude a montré que le phénomène de l'exploitation sexuelle des mineurs à des fins commerciales est réel et inquiétant au Cameroun. L'objectif de cette recherche était de disposer de données fiables sur ce sujet. L'enquête par questionnaire a été utilisée comme méthode.

Les résultats ont permis de relever que 40% de la population étudiée a été victime d'exploitation sexuelle à des fins commerciales. L'âge moyen des victimes était de 16,6 ans (9 à 20 ans). Les facteurs psychosociaux qui sous-tendent et entretiennent ce fléau sont : la pauvreté, la démission des parents, l'évolution actuelle des modes de vie qui favorise une importante mobilité conjugale avec des unions très instables et fragiles ou la monoparentalité (35,4% des victimes), la polygamie (24,4% des victimes), les décompositions et recompositions familiales courantes, la déscolarisation et le manque de poursuites judiciaires contre les contrevenants.

3.1.3. Au Togo

Bakali (1997) a démontré les liens qui existent entre la situation socio-économique et familiale des élèves indisciplinés (ils sont issus de familles pauvres), leurs comportements, les punitions qu'ils subissent à l'école et le respect qu'ils doivent aux enseignants. Selon lui, le comportement de l'élève est fonction des événements qui ont jalonné sa vie, en particulier sur le plan social, économique et familial et le comportement est d'autant plus mauvais que l'élève est confronté, à l'école, à des punitions humiliantes dont il ne saisit pas toujours la portée et l'utilité. Ceci l'amène à se rebeller contre l'autorité des enseignants.

Limazié (2000), s'intéressant aux aspects épidémiologiques de la maltraitance des enfants au Togo, note que la maltraitance est essentiellement physique et elle touche en majorité les grands enfants (10- 14 ans) ; l'orphelinat serait un facteur prédictif et le placement des enfants, les familles nombreuses seraient des éléments prédisposants.

Ce travail a porté sur 166 cas recensés dans deux institutions en charge des enfants victimes de maltraitance. C'est une étude rétrospective sur 27 mois qui avait pour objectif de faire ressortir les éléments clinico-épidémiologiques et psychosociaux des victimes de maltraitance. Cette recherche s'est juste attelée à faire l'épidémiologie de la maltraitance des enfants dans deux institutions au Togo et à décrire les facteurs psychosociaux susceptibles d'expliquer ces maltraitements.

Plan Togo (2001), s'intéressant au phénomène du trafic des enfants, note que 34% des enfants victimes sont âgés de 15 ans lorsqu'ils ont quitté leur famille.

Parmi les 400 enfants sur lesquels l'étude a porté, 295 étaient des filles. Cette étude met en exergue plusieurs des conditions corollaires qui profitent aux trafiquants et constate que cette pratique est remarquablement similaire dans toutes les régions du pays (de Cinkassé, Savane, à Assahoun, maritime).

Elle fait remarquer, en outre, que les enfants victimes de trafic proviennent en majorité des zones rurales défavorisées où la population est confrontée à l'analphabétisme des adultes, le désistement de l'école par les enfants, l'existence d'un secteur agricole mal en point, l'absence de formation et d'opportunités pour les jeunes et un taux élevé de chômage.

Il est vrai que le trafic des enfants favorise la maltraitance de ceux-ci. Toutefois, cette étude met en évidence uniquement l'ampleur du phénomène de trafic des enfants et les conditions le favorisant. Elle ne s'intéresse pas aux formes de maltraitance que le trafic des enfants peut entraîner et à leurs conséquences psychotraumatiques sur les victimes.

Dans son rapport technique, l'Unicef (2002) constate que la violence quotidienne faite de punitions corporelles, d'agressions psychologiques et de négligence, constitue le lot le plus important et semble méconnu dans les actions entreprises pour la prévention et la lutte contre le phénomène. Le phénomène de la violence à l'égard des enfants est répandu sur l'étendue du territoire national. En effet, 76,7% des enfants interviewés dans les cinq régions du pays et Lomé- commune affirment avoir subi au moins une forme de violence. Cependant certaines régions semblent plus touchées que d'autres par le phénomène : Savanes 95,8%, Plateaux 93,1%, Lomé commune 78,9%, Kara 76,3%, Centrale 70,8% et enfin Maritime 35,5%.

Les violences physiques viennent en tête des violences subies par les enfants (77%). Le harcèlement sexuel (14,7%) puis les attouchements (11,7%) sont les violences sexuelles les plus recensées. Pour les violences psychologiques, les enfants sont plus exposés à certains propos « dégradants des enseignants » (38,2%), aux disputes des parents (15,7%), à la séparation des parents (10,5%) et enfin aux injures des patrons (d'ateliers).

Les principales causes des violences sont essentiellement le désir de correction des parents et des enseignants (les violences physiques), le défoulement et la perversion des adultes (violences sexuelles), la discorde entre conjoints (violence morale et physique)

Selon l'étude, les auteurs des violences sont, pour les violences physiques, les personnes qui remplissent un rôle d'éducateur auprès des enfants (enseignants, parents qu'ils soient biologiques ou adoptifs) ; pour les violences sexuelles, on a recensé par ordre d'importance : les amis et voisins, les cousins, les enseignants.

Ministère des Affaires sociales, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfance (2002), s'adressant aux institutions et ONG qui luttent contre les violences faites aux femmes et visent à améliorer leurs conditions de vie au Togo, recense dans un manuel, les différents types de violences, les causes et les

conséquences. A cet effet, trois grands groupes de violences sont répertoriés à savoir les violences physiques, les violences psychologiques, les violences sexuelles. Pour ce qui concerne les causes, on peut noter les causes économiques, culturelles, religieuses et psychologiques.

Les principales conséquences des violences faites aux femmes sont de trois ordres : les conséquences sociologiques, économiques et psychologiques (les plus importantes selon ce manuel).

Les auteurs de ce manuel pensent que la prise en charge doit passer par l'accueil chaleureux et une écoute attentive qui permettront d'aider la victime à prendre une décision.

Cette œuvre évoque enfin les stratégies nationales de lutte contre les violences faites aux femmes. Il s'agit pour cela de renforcer les compétences institutionnelles nationales à travers des instruments juridiques nationaux et internationaux. Cette lutte devrait passer par l'information, l'éducation et la communication. Cette étude recense les types de violences exercées à l'égard de la femme et les causes possibles de ces violences, puis énumère les conséquences possibles à l'égard de la femme et de la société. Cependant, elle ne s'intéresse pas de façon particulière aux conséquences psychotraumatiques de ces violences sur les femmes et sur les enfants.

Yoholou (2003), travaillant sur les psychotraumatismes des enfants victimes de trafic, a identifié deux situations traumatisantes à savoir le voyage et les conditions de vie et de travail. Il a ensuite identifié l'âge comme facteur favorisant.

Pour ce qui concerne les troubles développés par les enfants, il a constaté qu'ils ont été provoqués par les situations traumatisantes du trafic sur les 37 enfants victimes du phénomène, recueillis par la DGPE de mars à mai 2003. L'objectif de la recherche était d'identifier les situations ou événements traumatisants du trafic et de décrire les troubles psychotraumatiques en lien avec ces événements traumatisants.

Cette recherche a répertoriée les psychopathologies des enfants ayant été victimes de trafic et a établi une relation entre ces pathologies psychiques et le phénomène du trafic. Elle s'est limitée juste au trafic des enfants ; elle ne s'est pas intéressée aux types de maltraitance perpétrées à l'égard des enfants à la suite du trafic.

Dassa, Douti, Kpanaké, Koti, & Küchenhoff (2005), Dassa & al. (2005a), Dassa & al. (2005b), Dassa, Thiam & Ahyi (2007), ont réalisé un certain nombre d'articles

sur la maltraitance des enfants au Togo, en rapport avec les normes éducatives ; sa connaissance et sa perception ; sa prévalence puis sa typologie.

Ces études ont montré que les enfants subissent d'une manière diversifiée toutes les formes de violence et que selon certaines caractéristiques, ils sont plus ou moins exposés à certains types de violence. Cependant, les violences physiques à visée éducative sont les plus recensées et les adolescents (14- 18 ans) sont les grandes victimes. Il ressort également un contraste entre la bonne connaissance du phénomène de la violence domestique par le public en général et sa persistance dans toutes les couches sociales ; les chefs de ménages considèrent toutes les méthodes punitives comme un droit de correction parentale, mais estiment toutefois qu'il s'agit de la maltraitance si la punition a entraîné des conséquences immédiates sérieuses. Enfin, les institutions de prise en charge de ces victimes ne disposent pas de données suffisantes sur le phénomène et les cas de violence enregistrés ne sont pas adéquatement pris en charge.

Les éléments favorisants sont multifactoriels : pauvreté des parents, placement d'enfants, polygamie, décès d'un ou des deux parents.

L'ignorance, la tradition et la fratrie nombreuse ont été répertoriées comme principaux facteurs associés.

Les objectifs de ces études ont été de décrire les aspects cliniques, de déterminer la prévalence, les causes et les conséquences de la maltraitance des enfants au Togo, d'analyser la perception des normes éducatives dans les familles et de déterminer les facteurs favorisants et associés de la maltraitance chez les enfants au Togo. Elles ont eu le mérite de recenser les types de maltraitements existant dans les familles au Togo, les perceptions que les chefs de famille ont de ces maltraitements, la prévalence, les facteurs socio-familiaux favorisants et associés. Elles ne se sont toutefois pas intéressées aux conséquences psychotraumatiques de ces violences sur les enfants.

Fayida (2004), menant une étude sur les traumatismes psychiques et la résilience chez les réfugiés Rwandais vivant au Togo (Lomé), a montré que la guerre et l'exil ont entraîné des psychotraumatismes chez leurs victimes et que les facteurs de résilience n'ont pas été suffisamment protecteurs pour ces victimes de guerre. Par conséquent, la quasi-totalité des victimes ont développé des troubles d'adaptation et ont eu le stress post traumatique.

Ce travail a porté sur un échantillon de 84 réfugiés Rwandais au Togo et a utilisé la méthode d'enquête. Cette recherche avait comme objectif de départ d'inventorier les sources de traumatismes de guerre et de l'exil chez les réfugiés venant des pays en guerre et d'étudier la résilience des traumatisés de guerre et de l'exil en Afrique. Elle a permis de décrire les conséquences psychotraumatiques chez les réfugiés de guerre au Togo et d'identifier les facteurs de résilience chez eux. Mais elle ne s'est pas intéressée aux conséquences psychotraumatiques sur les enfants et les adolescents.

Dassa, Biyong, Sylla, Fayida, Djassoa & Ahyi (2006) ont effectué une étude rétrospective sur les pathologies des réfugiés africains vivant à Lomé (Togo). Cette étude visait à déterminer les décompensations psychopathologiques des réfugiés issus des pays en guerre et identifier les facteurs traumatogènes à l'origine de ces décompensations.

Les résultats de cette étude ont permis de relever comme décompensations fréquentes chez les enfants : les troubles mixtes des acquisitions scolaires (25,64%), la dépression (15,38%) et l'énurésie (12,82%). Chez les adultes les pathologies fréquemment enregistrées ont été : la dépression (29,85%), la psychose aiguë (20,90%) et l'ESPT (14,92%). Comme facteurs traumatogènes, l'étude a relevé que la majorité des sujets (79,24%) ont subi les effets directs ou indirects de la guerre dans le pays d'origine, mais également d'autres facteurs traumatisants sur la route de l'exile ou dans le pays d'accueil. Ce qui a amené les auteurs à conclure que les problèmes de santé mentale existent chez les réfugiés venant des pays en guerre. Cependant, les facteurs traumatisants sont multiples et hétérogènes. Ce qui rend difficile l'établissement d'un lien causal entre les effets de la guerre et les affections psychopathologiques des familles victimes.

Sowou (2008), travaillant sur les comportements antisociaux des enfants en rapport avec les attitudes éducatives maltraitantes des responsables parentaux, relève d'une part que le dysfonctionnement familial et social en rapport avec l'histoire, les difficultés quotidiennes des enfants sont angoissants et génèrent chez eux des conduites que les adultes déplorent. D'autre part, ces comportements perçus comme antisociaux sont des manifestations de vécus d'angoisse liés aux antécédents, aux difficultés quotidiennes des adultes et vont déclencher des abus sur les enfants. Finalement, il se forme un cercle vicieux de désobéissance-entêtement et de violence, entraînant ainsi la maltraitance des enfants.

Il aboutit à la conclusion selon laquelle la maltraitance des enfants nécessite une prise en charge pluridisciplinaire des victimes, des abuseurs, de la famille et de la société tout entière.

Cette étude est partie de l'objectif d'expliquer la genèse des troubles de comportement chez les enfants victimes d'abus et d'élucider les raisons qui déclenchent ces abus sur eux par les responsables parentaux. Elle a été rétrospective et a porté sur 48 enfants et 48 responsables parentaux abuseurs.

3.1.4. Synthèse des travaux et spécification du problème

L'analyse des travaux ci-dessus cités nous a permis de relever trois formes de maltraitance faite aux enfants et aux adolescents : la maltraitance physique, la maltraitance psychologique et la maltraitance sexuelle.

Sur le plan international, beaucoup de recherches sont consacrées au phénomène de la maltraitance ou de la violence faite aux enfants. Certaines recherches sont épidémiologiques et visent à relever les causes, les conséquences aussi bien somatiques que psychologiques à plus ou moins long terme. D'autres études s'intéressent aux facteurs associés et favorisants. Cependant, la plupart des études se consacrent à une forme particulière de maltraitance (la violence sexuelle par exemple).

Au Togo, les différentes études sont essentiellement épidémiologiques, portant soit sur les trois formes de maltraitance et visant à faire un état des lieux, soit sur une forme de maltraitance et proposant par la suite des stratégies de prévention, de protection et de prise en charge des enfants qui en sont victimes. Seule une étude s'est intéressée aux psychotraumatismes chez les enfants, mais la recherche s'est limitée au phénomène du trafic des enfants.

Nous constatons ainsi, à la suite de cette analyse, que la littérature en matière d'études sur la maltraitance des enfants et des adolescents surtout en ce qui concerne les conséquences psychotraumatiques, est peu abondante au Togo.

Aucune recherche au Togo, à notre connaissance, n'a encore été réalisée sur les conséquences psychotraumatiques de la maltraitance faite aux enfants et aux adolescents. Les recherches portent habituellement sur les conséquences physiques (traumatisme physique) et biologiques et souvent limitées à la violence punitive.

Notre problème reste donc formulé : nous nous interrogeons sur la relation existant entre la maltraitance des enfants et des adolescents au Togo et les troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.

3.2. Hypothèses et objectifs de la recherche

3.2.1. Hypothèses de la recherche et variables

3.2.1.1. Hypothèse générale

La maltraitance des enfants et des adolescents au Togo provoque des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.

3.2.1.2. Hypothèses spécifiques

1- Les maltraitements physiques des enfants et des adolescents au Togo, provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.

2- Les maltraitements psychologiques des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.

3- Les maltraitements sexuels des enfants et des adolescents au Togo, provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.

4- La survenue et l'évolution des troubles psychotraumatiques sont favorisées par l'âge.

5- La survenue et l'évolution des troubles psychotraumatiques dépendent des formes de maltraitance.

6- Ces différentes formes de maltraitance, provoquent des troubles psychotraumatiques spécifiques au contexte togolais.

3.2.1.3. Variables et indicateurs

3.2.1.3.1. Variables indépendantes et indicateurs

3.2.1.3.1.1. Variable indépendante 1 : Les maltraitances physiques

Indicateurs :

Coups, brûlures, pincements, mise à genou, coups de coude, secousses violentes, gifles, oreilles et cheveux tirés, piment dans les yeux, morsure, mains tailladées, ligotées, privations.

3.2.1.3.1.2. Variable indépendante 2 : les maltraitances psychologiques

Indicateurs :

Injures, dénigrement, disputes des parents, négligence, dévalorisation, humiliation, marginalisation, abandon physique et affectif, menaces, exploitation, accusation de sorcellerie, accusation de vol, autres fausses accusations, refus d'adresser la parole, victime de vol.

3.2.1.3.1.3. Variable indépendante 3 : les maltraitances sexuelles

Indicateurs :

Viol, harcèlement sexuel, attouchement, exhibition, exposition à des images pornographiques, prostitution infantile, viol par un parent proche, tentative de relation sexuelle, outrage à la pudeur, propos obscènes.

3.2.1.3.1.4. Variable indépendante 4 : l'âge

Indicateurs :

0-5 ans, 6-10 ans, 11- 15 ans, 16- 20 ans.

3.2.1.3.1.5. Variable indépendante 5 : les formes de maltraitance

Indicateurs :

Maltraitance physique, maltraitance sexuelle, maltraitance psychologique

3.2.1.3.2. Variable dépendante, modalités et indicateurs : les troubles psychotraumatiques

3.2.1.3.2.1. Modalité 1 : Etat de stress post traumatique

Indicateurs :

- reviviscence :
 - mise en scène du traumatisme
 - jeux post- traumatiques
 - cauchemars traumatiques
- Inhibition de la réactivité :
 - réduction de la capacité à jouer
 - repli sur soi
 - isolement
 - perte de savoir-faire : langage, propreté
- Troubles de sommeil :
 - somnambulisme
 - difficultés de concentration
 - difficultés à s'en dormir
 - hyper vigilance
 - terreurs nocturnes
 - réaction de sursaut

3.2.1.3.2.2. Modalité 2 : Manifestations psychosomatiques

Indicateurs :

- bronchites asthmatiformes
- eczéma
- troubles fonctionnels digestifs
- troubles des règles (adolescentes)

- douleurs abdominales
- bégaiement et tics

3.2.1.3.2.3. Modalité 3 : Les troubles cognitifs

Indicateurs :

- baisse des performances scolaires
- inhibition de la pensée
- refoulement de la pensée
- troubles de l'apprentissage

3.2.1.3.2.4. Modalité 4 : Troubles de développement de la personnalité

Indicateurs :

- agressivité
- hyperactivité
- perte de confiance en soi
- difficultés à aborder le concept d'avenir
- comportement autodestructeur
- déni de la peur et exposition à des situations dangereuses

3.2.1.3.2.5. Modalité 5 : Troubles de la morale et de la socialisation

Indicateurs :

- conflit avec la loi
- tendance revendicatrice
- indiscipline
- érotisation des conduites (abus sexuel)
- inhibition sexuelle
- hyper érotisation pouvant conduire à la prostitution

3.2.1.3.2.6. Modalité 6 : Manifestations dépressives

Indicateurs :

- tristesse
- idées suicidaires
- tentatives de suicide
- douleur morale
- crises de larmes
- idées de mort
- asthénie

3.2.2. Les objectifs de la recherche

3.2.2.1. Objectifs scientifiques :

- Décrire les formes de maltraitance retrouvées chez les enfants et les adolescents au Togo.
- Identifier les conséquences psychologiques de ces formes de maltraitance au Togo.
- Décrire les manifestations psychotraumatiques liées à la maltraitance des enfants et adolescents au Togo.
- Elucider le lien entre les formes de maltraitance rencontrées au Togo et les troubles psychotraumatiques décrits dans la littérature.
- Décrire les psychotraumatismes spécifiques chez les enfants et les adolescents au Togo.
- Décrire les formes de maltraitance des enfants et des adolescents spécifiques au Togo.

3.2.2.2. Objectifs d'application

- Contribuer à améliorer les procédures de prise en charge préventive des conséquences psychotraumatiques de la maltraitance des enfants et des adolescents.
- Contribuer à un meilleur diagnostic des traumatismes psychiques et des conséquences psychotraumatiques de la maltraitance des enfants et des adolescents.
- Contribuer à l'amélioration des procédures de prise en charge curative des psychotraumatismes de la maltraitance des enfants et des adolescents.
- Proposer des stratégies de sensibilisation des parents et de la population sur les conséquences de la maltraitance des enfants et des adolescents.

**IV. PROCEDURES DE COLLECTE ET D'ANALYSE
DES DONNEES.**

4.1. Procédures de collecte des données

4.1.1. Sources d'information

4.1.1.1. Cadre d'étude : la ville de Lomé

4.1.1.1.1. Présentation du Togo

Petit pays d'Afrique occidentale, le Togo est situé entre les degrés 6 et 11 de latitude nord et entre les degrés 0 et 1,6 de longitude. Il a une forme étirée du sud au nord sur environ 600 km avec une largeur de 60 km et une superficie de 56.000 Km². Il fait frontière avec le Burkina-faso au Nord, le Ghana à l'Ouest, le Bénin à l'Est, et bordé par l'océan Atlantique au Sud sur 50 kilomètres. Le Togo est divisé en cinq grandes régions économiques et administratives qui sont du nord au sud : la région des savanes, la région de la Kara, la région centrale, la région des plateaux et la région maritime. Chaque région est subdivisée en préfectures. Le pays compte trente et cinq préfectures et une sous-préfecture (bureau central du recensement, 2011).

Le dernier recensement général de la population et de l'habitat date de novembre 2010. Selon les résultats provisoires de ce recensement, la population résidente est évaluée à 5 753 324 habitants dont 2 799 086 hommes (48,7%) et 2 954 238 femmes (51,3%) (Bureau central du recensement, 2011).

La population togolaise est inégalement répartie sur l'ensemble du territoire. La région Maritime concentre 41,7% de la population totale, sur environ un dixième de la superficie totale. Viennent ensuite, en terme de peuplement, la région des plateaux (22,2%), la région des savanes (13,5%), la région de la Kara (12,5%) et la région centrale (10,1%).

Les données du recensement permettent de constater que la population togolaise a plus que doublée en 29 ans. Elle est ainsi passée de 2.719.567 habitants en novembre 1981 à 5.753.324 habitants en novembre 2010, ce qui correspond à un taux de croissance annuel moyen de 2,58%. Il faut noter cependant que, selon le recensement de novembre 2010, la commune de Lomé ainsi que sa périphérie compte 1 348 619, habitants, ce qui représente le quart de la population totale. Cette région a vu sa population triplée entre 1981 et 2010 avec un taux de croissance annuel moyen de 3,8%. Si ce taux se maintenait, cette agglomération compterait 2 000 000 d'habitants en 2020 et tous les 18 ans, la population de cette agglomération doublerait (bureau central du recensement. op. cit.)

La population togolaise est essentiellement rurale (62,6% de la population rurale contre 37,4% la population urbaine). On note cependant une tendance à l'urbanisation. Cette population est très jeune, 44,5% ont moins de 15 ans (2004), la densité moyenne est estimée à 101 habitants par kilomètre carré (bureau central du recensement, 2011) et l'espérance de vie est de 57,5 ans en 1998.

Le Togo présente une forte diversité ethnique, linguistique et culturelle.

Sur le plan économique, le revenu par tête d'habitant est estimé à 330 dollars US par an. Le Togo est classé parmi les pays les moins avancés. La situation économique a été marquée par une crise socio-politique sans précédent dans les années 90-93, qui a paralysé l'appareil productif et réduit les capacités des finances publiques et privées. Le taux de croissance réelle du Produit Intérieur Brut est positif et est égal à 4,4 en 1998 (Oms, op. cit.).

Selon Unicef (2001), un tiers des enfants de 7-17 ans (76,7%) sont victimes de maltraitances et de violences physiques et morales au Togo. Environ 80% des enfants disent être victimes de maltraitances (physique et psychologique) à l'école et autour de 7,5% des filles déclarent avoir subi des violences sexuelles en milieu scolaire (Unicef, 2002). Par ailleurs, plus d'un enfant de moins de 15 ans sur dix ne vit pas avec ses parents biologiques et le BIT/IPEC (2001) estime le nombre des enfants placés à des fins de travail au Togo à 80 000. Dans le groupe d'âge de 5 à 14 ans révolus, 60% des enfants sont engagés dans des activités propres au travail, essentiellement dans le secteur informel.

Pour beaucoup de parents vivant en zone rurale, le placement de leurs enfants dans les familles à des fins de travail est une stratégie de survie et de sortie de la pauvreté. L'ONG Wao Afrique et Plan Togo estiment quant à elles le nombre d'enfants pris dans les pires formes de travail telles que définies par le BIT à plus de 313.000, soit 12% des enfants. Les conditions de vie et de travail des enfants placés ou migrants sont parfois méconnues des parents qui n'ont pas conscience de la gravité des souffrances et des conséquences sur les enfants ou ne les prennent pas suffisamment en considération.

4.1.1.1.2. Présentation de la ville de Lomé

La ville de Lomé est depuis 1897 la capitale politique et économique du Togo. Elle est une ville côtière qui s'étend sur une superficie de 160 Km². Elle est limitée au sud par l'Océan Atlantique, au nord par le canton d'Agoé- Nyévé, à l'est par la ville d'Avépozo et à l'ouest par la frontière Togo- Ghana. Son altitude varie de 20 à 30 mètres avec un climat équatorial chaud et humide. Selon les résultats provisoires du quatrième recensement général de la population et de l'habitat, la population de la ville de Lomé et des quartiers périphériques est estimée à 1.348.619 habitants (Bureau centra du recensement, 2011). Lomé est surtout connu sur le plan international grâce aux accords CEE- ACP dit de Lomé I II, III, IV. Sur le plan administratif, Lomé est divisé en 5 districts ou arrondissements. Les districts ou arrondissements sont à leur tour composés de quartiers.

Dans la ville de Lomé, des associations, des ONG et des structures étatiques s'occupent de la prise en charge des enfants et adolescents victimes de maltraitance. Ces enfants sont pour la plupart des enfants migrants, placés chez des parents proches ou lointains ou bien placés à des fins de travail domestique.

La DGPE, Direction générale de la protection de l'enfance, est une direction du Ministère de la promotion de la femme, de la protection de l'enfant et des personnes âgées qui s'occupe de la protection des enfants en général et coordonne les activités de toutes les autres structures (étatiques ou privées) en charge de l'enfance en difficulté. Les principales ONG que nous avons identifiées au Togo et qui s'occupent de la promotion et de la protection des droits de l'enfant sont : le centre Oasis de la fondation Terre des Hommes ; l'association Wao-Afrique ; le BICE (Bureau International Catholique de l'Enfance)....

Depuis 2008, un numéro vert (allo 111) a été ouvert pour le signalement téléphonique de toutes les pires formes de violences faites aux enfants et aux adolescents. Ainsi, beaucoup d'enfants sont accueillis par ce biais par la DGPE et placés dans des structures de prise en charge en vue de leur réinsertion ou réintégration dans les familles d'origine ou d'accueil. Aujourd'hui, au Togo, la situation des enfants est loin d'être idéale ; il existe des cas de maltraitance et d'abus qui sont souvent liés à des situations d'exploitation et de trafic. Malheureusement, il n'y a pas beaucoup de

structures existantes pour prévenir et répondre à ces problèmes qui ne cessent d'augmenter.

Nous avons choisi la ville de Lomé pour notre étude car elle est la principale ville du Togo et en tant que telle, elle attire beaucoup de flux migratoires. Ainsi, les peuples de toutes les régions du Togo y sont représentés. Ensuite, l'urbanisation de la ville de Lomé crée un besoin en main d'œuvre domestique ; ainsi les parents des campagnes préfèrent envoyer leurs enfants vers Lomé chez des proches ou des inconnus pour les aider dans des tâches ménagères, espérant leur donner une chance d'avoir une meilleure vie que celle des campagnes. Ce sont ces enfants qui sont le plus souvent maltraités dans leurs familles d'accueil. D'autre part, nous avons préféré recueillir les enfants maltraités dans les centres d'accueils ; or nous avons constaté que seul Lomé abrite des centres qui accueillent, pour leur réinsertion, ces enfants maltraités. Ces centres ont des relais à l'intérieur du pays, mais ces relais servent essentiellement au suivi des enfants après réinsertion. De plus, beaucoup d'enfants sont acheminés vers Lomé lorsqu'ils sont dépistés comme victimes de maltraitance, pour leur prise en charge.

4.1.1.1.3. Structures de prise en charge

4.1.1.1.3.1. Le BICE (Bureau International Catholique de l'enfance)

Le BICE est une ONG internationale de promotion des droits de l'enfant qui s'engage depuis 1948 en faveur des enfants les plus défavorisés.

Les délégations régionales du BICE sont situées à Paris (pour l'Europe orientale et l'Asie), à Bruxelles (pour l'Amérique latine et l'Europe occidentale), et à Lahr (pour l'Afrique).

En Afrique, la délégation du BICE agit en faveur des enfants privés de leurs droits fondamentaux et bafoués dans leur dignité. Elle soutient une réforme des législations les concernant, fondée sur les principes posés par la convention relative aux droits de l'enfant. Le BICE intervient dans les pays tels que la Côte-d'Ivoire, la RDC, le Mali et le Togo.

Au Togo, il intervient auprès des jeunes filles portefaix à Lomé, dans la région des grands lacs et Vo, puis des filles victimes d'exploitation sexuelle. A cet effet, un centre de stabilisation a été ouvert à Avoutokpa, en milieu rural. Ce centre accueille et encadre, pendant six mois, des jeunes filles ayant été exposées aux abus sexuels, en

vue de leur réintégration. Il œuvre au respect et à la promotion de leur droit, par des séances de sensibilisation.

Par ailleurs, deux jardins d'enfants ont été ouverts pour accueillir les enfants des portefaix, ce qui donne la facilité à ces dernières de vaquer à leurs occupations et permet aux enfants un éveil précoce.

Le BICE travaille en milieu ouvert avec les filles portefaix et œuvre au respect et à la promotion de leur droit par des séances de sensibilisation. Il contribue par là à la protection de ces filles contre l'exploitation sexuelle et les abus de tout genre.

4.1.1.1.3.2. Wao-Afrique

Wao-Afrique est la branche africaine de la WAO (World Association for Orphans), une ONG de droit belge créée en 1985. La Wao-Afrique a acquis son autonomie en 1990 et a signé le 30 Août de la même année, un protocole d'accord de siège avec le gouvernement togolais. Son siège est à Lomé, au Togo.

Wao-Afrique œuvre depuis sa création, pour la promotion et la protection des droits de l'enfant en général, et pour la lutte contre toutes les formes d'exploitation des enfants, en particulier le travail et le trafic des enfants, l'exploitation sexuelle, etc.

Ses principaux objectifs se présentent comme suit :

- Renforcer les capacités des ONG dans le domaine de la mise en œuvre des droits de l'enfant
- Initier des études et des recherches sur les diverses violations des droits de l'enfant
- Apporter une assistance aux réformes en cours dans le domaine de l'harmonisation de la législation nationale avec les instruments juridiques internationaux relatifs aux droits de l'enfant
- Promouvoir et renforcer la paix et la stabilité politique et sociale
- Participer à la promotion de l'éducation aux droits de la personne en général et aux droits de l'enfant en particulier
- Susciter l'engagement de la société civile dans son ensemble en faveur de la lutte contre toutes formes d'exploitation des enfants ;
- Défendre et promouvoir les droits économiques, sociaux et culturels

Ses actions peuvent être regroupées en trois axes principaux :

- L'amélioration de la connaissance du public sur les différentes formes d'exploitation des enfants, à travers les études, la sensibilisation de la population et le plaidoyer auprès des autorités, l'information et la formation des acteurs
- L'amélioration de la prise en charge des enfants victimes, à travers des actions de réhabilitation et de réinsertion sociale
- L'action pour le renforcement de la législation et son application effective à travers une assistance juridique aux victimes et la participation au processus d'harmonisation de la législation nationale, avec les instruments juridiques internationaux ratifiés par les gouvernements en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Les principales activités dans la période de 1990-1996 ont été la mobilisation, la sensibilisation, le retrait des enfants en situation d'exploitation, la réhabilitation et la réintégration des enfants, le lobbying. Depuis 1996, Wao-Afrique joue un rôle de coordination dans la sous région, en particulier en ce qui concerne les enfants travailleurs domestiques.

4.1.1.1.3.3. La fondation Terre des Hommes (TDH)

La fondation Terre des Hommes est une Organisation non gouvernementale (ONG) suisse qui a été créée en 1960 pour venir en aide aux enfants meurtris. Sa mission se base sur deux principes essentiels : le secours à l'enfant et le plaidoyer. Elle est présente dans 30 pays du monde dont 12 pays africains. L'ONG Terre des Hommes s'est implantée au Togo en 1986 et travaille au côté du gouvernement pour aider la population à lutter contre les situations d'exploitation, de trafic, de maltraitance et d'abus des enfants. Son action s'articule autour de deux projets essentiels : un projet de protection de l'enfant axé sur la lutte contre la maltraitance des enfants, nommé Vixoasi et un service de soins spécialisés, qui offre des soins et des interventions chirurgicales à l'extérieur du pays à des enfants togolais souffrant de maladies ou malformations incurables au Togo.

- ❖ Le projet de protection de l'enfant togolais Vixoasi :

Vixoasi signifie dans la langue mina « l'enfant c'est un trésor ». Ce projet a pour objectifs de réduire le nombre d'enfants victimes ou à risque de maltraitance au Togo

et dans la sous-région. Il accompagne les enfants victimes avec pour objectif de restaurer leurs droits. Ainsi, trois principales activités sont développées :

- l'accueil et la prise en charge des enfants maltraités au sein du centre Oasis de Lomé ;

- l'écoute et l'accompagnement des enfants en situation d'exploitation économique sur leur lieu de travail et plus particulièrement au grand marché de Lomé afin d'améliorer leurs conditions de travail et de les retirer progressivement de cet environnement ;

- La mise en place de dispositifs communautaires de protection dans les villages d'origine (préfectures de Vo, Akébou, et Kara) des enfants en situation de traite.

Nous allons surtout décrire le centre Oasis qui nous a servi de cadre de recherche.

Le centre Oasis est un centre d'accueil et de protection pour les enfants victimes de maltraitance. Il est situé dans le quartier Gbossimé à côté du centre de Dermatologie, en face du stade d'Agaza. On y assure l'écoute et l'accompagnement nécessaires pour la reconstruction des enfants victimes de maltraitance. Le centre a une capacité d'accueil de soixante (60) enfants et accueille des enfants filles et garçons âgés de un (1) à quatorze (14) ans, victimes de maltraitance. Par maltraitance, on entend ici : des violences physiques, des abus sexuels, de la négligence, des pratiques culturelles néfastes au développement de l'enfant, de l'exploitation, des pires formes de travail et de la traite. En 2009, plus de 770 enfants ont été accueillis au centre.

Les enfants placés au Centre Oasis sont détectés par des partenaires du projet vixoasi à savoir :

- La DGPE et ses centres sociaux ou le numéro de téléphone gratuit « Allo 111 »
- Les forces de sécurité (la police, la brigade pour mineurs, la gendarmerie)
- Les chefs de quartier et les autres organisations de protection de l'enfant.

Ces partenaires contactent Terre des Hommes et lui confient l'enfant. Pour chaque enfant accueilli, une ordonnance de placement temporaire est demandée au juge pour enfants.

Une prise en charge individuelle est offerte à chaque enfant accueilli au centre Oasis par l'intermédiaire d'un travailleur social qui l'accompagnera tout au long de son séjour et préparera son retour en famille ou en institution. Un panel de services est offert à l'enfant en fonction de ses besoins :

- L'appui psycho-social qui comprend l'écoute de l'enfant pour identifier ses problèmes, des consultations psychologiques et des activités psychosociales (activités manuelles, sportives, culturelles...). Ces activités permettent de développer la résilience chez l'enfant.

- Le suivi éducatif accomplit des activités de maintien de niveau pour les enfants déjà scolarisés et une préparation à la scolarisation des enfants non scolarisés (lecture, écriture, calcul, éducation civique et morale). Ces activités sont programmées tous les matins.

- Le suivi sanitaire offre un accès aux soins adaptés (consultation systématique de chaque enfant dès son entrée au centre), une prise en charge alimentaire équilibrée et de l'hygiène corporelle des enfants.

- Enfin la réintégration qui consiste à rechercher d'abord la famille de l'enfant, à rétablir ensuite les relations entre l'enfant et sa famille, puis le retour de l'enfant en famille avec une assistance juridique pour les enfants ayant subi des préjudices graves. L'objectif final de Terre des Hommes est que l'enfant victime ressorte du centre en tant qu'ambassadeur de ses droits, capable de s'auto-protéger.

Nous avons constaté que de toutes les structures que nous avons décrites, le centre Oasis de la fondation Terre des Hommes est celui qui répond le mieux à notre besoin de recherche en fonction de nos objectifs. Il est, en effet, celui, des trois centres décrits, qui accueille et prépare à la réinsertion ou la réintégration, des enfants victimes de toutes les formes de maltraitance. Ces enfants proviennent de toutes les régions du Togo.

4.1.1.2. La population-cible.

La population concernée par notre recherche est constituée de tous les enfants et adolescents victimes de maltraitance au Togo. La majorité étant fixée au Togo à 18 ans, tous les sujets togolais qui ont entre 0 et 18 ans inclus sont intéressés par notre étude.

4.1.1.3. La population d'étude

Notre population d'étude est constituée de tous les sujets âgés de 0 à 18 ans résidant dans la ville de Lomé et reçus dans les structures d'accueil pour cause de maltraitance. Il s'agit de structures reconnues par la DGPE comme telles, notamment le centre Oasis de la fondation Terre des Hommes. Nous avons choisi le centre Oasis de Tdh car il est le plus fonctionnel parmi les structures de prise en charge des enfants en situation difficile. En plus il accueille et prépare à la réinsertion ou à la réintégration, des enfants victimes de toutes les formes de maltraitance que nous avons étudiées.

4.1.1.4. L'échantillonnage

Nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage ad hoc c'est-à-dire du tout venant car la population d'enfants maltraités reçus dans les structures d'accueil n'est pas stable ; les enfants étant accueillis à titre temporaire, la durée de séjour peut se réduire à quelques jours ou au contraire s'étaler sur plusieurs mois. Ceci ne permet pas de faire l'échantillonnage probabiliste. Il est également pratiquement impossible d'utiliser la méthode d'échantillonnage par quotas pour sélectionner ces enfants au niveau de la population. La méthode d'échantillonnage ad hoc semble donc être la mieux indiquée pour notre étude. Cette technique d'échantillonnage nous a permis de colliger 136 enfants et adolescents victimes de maltraitance de 2005 à 2008 au centre Oasis de la fondation Terre des Hommes.

4.1.2. Méthodes de collecte des données

4.1.2.1. Du point de vue de Reuchlin M.

Reuchlin (2002) définit trois groupes de méthodes pour la collecte des données au cours d'une étude en psychologie : la méthode d'observation, la méthode expérimentale et la méthode clinique.

4.1.2.1.1. L'observation

On observe, lorsqu'on constate des faits tels qu'ils se présentent spontanément, selon Reuchlin (op. cit.). Mais l'observation en psychologie est une observation scientifique, c'est-à-dire qu'elle utilise les hypothèses complètement explicitées.

La psychologie scientifique n'utilise que des observations répétables, c'est-à-dire contrôlables. Toutefois, il existe une large différence de degré accordée au caractère répétable des observations.

La psychologie scientifique, fondée sur l'observation du comportement et des conduites, peut être amenée à utiliser dans certains domaines les instruments d'observation que la physique moderne met à la disposition des autres sciences. Comme instrument d'observation en psychologie, Reuchlin (op. cit.) cite les instruments d'enregistrement physique des observations ; les instruments de partition des observations ; les tests et les enquêtes.

4.1.2.1.2. La méthode expérimentale

Reuchlin (op. cit.) pense que l'on expérimente chaque fois que l'on contrôle une hypothèse en comparant ses conséquences prévisibles à des observations spécialement recueillies à cette fin. L'hypothèse dans ce cadre porte sur une relation ou un ensemble de relations. Elle permet à l'expérimentateur de prévoir que s'il modifie de telle façon une certaine condition de l'observation (variable indépendante), il constatera telle autre modification dans le résultat de l'observation (variable dépendante). L'expérimentation suit la démarche suivante :

5. une observation préalable
6. Une formulation de l'hypothèse
7. Et la vérification de cette hypothèse par des faits invoqués et des faits provoqués

On fait usage des faits invoqués ou variations invoquées lorsque la manipulation des variables indépendantes (âge, sexe, milieu social...) ne peut résulter de l'action directe de l'expérimentateur. Dans ce cas, l'expérimentateur se borne à comparer les valeurs prises par la variable dépendante dans les groupes qui diffèrent systématiquement sous l'angle de l'une de ces variables indépendantes

Les variations seront provoquées lorsque l'expérimentateur agit directement sur les variables indépendantes pour observer les modifications sur la variable dépendante

4.1.2.1.3. La méthode clinique

La méthode clinique, dans la pratique, se diversifie d'un utilisateur à un autre en fonction de ses objectifs et des buts fixés. Toutefois, son caractère essentiel est l'étude prolongée de cas individuels. Chiland (1983, cité par Reuchlin, op. cit.) situe la méthode clinique dans le cadre d'une psychologie clinique dont elle précise les principaux caractères : c'est une activité thérapeutique, mais son champ est plus large que celui de la psychopathologie et du traitement des troubles mentaux ; la relation clinique peut être aussi une relation d'aide ou de conseil ; ce qui est commun aux termes de soin, aide, conseil, c'est que le psychologue clinicien est au service d'autrui.

Les techniques utilisées par la méthode clinique sont : l'entretien, l'observation, les tests psychométriques et les épreuves projectives.

a. L'entretien

L'entretien du psychologue avec le sujet est souvent considéré comme la technique clinique par excellence (Reuchlin, op. cit.). Il existe différentes conceptions des buts de l'entretien et de l'attitude que le psychologue adopte.

b. L'observation

L'entretien peut constituer une occasion d'observer la conduite du sujet dans cette situation concrète que constitue l'examen psychologique. L'observation peut dépasser ce cadre de l'entretien et porter par exemple sur la conduite d'un jeune inadapté placé dans un « centre d'observation » ou, de façon plus générale, d'un élève à l'école. Le psychologue s'insère souvent, dans ces cas, dans une équipe (enseignants, éducateurs, assistants sociaux, médecins) et il utilise alors des témoignages et des documents qui ont été recueillis par ses collègues. Dans une perspective historique, ces observations actuelles ne peuvent être comprises que comme décrivant un moment d'une évolution qu'il faut saisir dans son dynamisme.

c. Les tests psychométriques

Les tests psychométriques sont les tests dont les conditions d'application sont suffisamment normalisées pour qu'ils puissent donner lieu à la construction

d'étalonnages statistiques permettant de situer l'individu examiné dans la population à laquelle il appartient (Reuchlin, op. cit.). Ces tests sont des occasions d'observation.

d. Les épreuves projectives

Il s'agit de tests psychologiques qui consistent à présenter au sujet un matériel aussi peu structuré que possible ; on lui demande de structurer ce matériel, en disant par exemple ce qu'on pourrait voir, d'après lui dans les tâches (test de Rorschach) ou en racontant une histoire sur chacune des scènes (le TAT).

On suppose que la structure de ces réponses traduit la structure de la personnalité par un mécanisme de projection

4.1.2.2. Du point de vue de Mucchielli R.

Parallèlement à Reuchlin, Mucchielli (1998, 2003) évoque la méthode expérimentale, la méthode d'enquête et la méthode clinique comme méthodes de collecte des données.

4.1.2.2.1. La méthode expérimentale

Elle doit être prise, selon Mucchielli (op. cit.), dans un cadre expérimental pur avec manipulation des variables directes et indirectes, souvent dans un laboratoire, et contrôle des variables parasites.

4.1.2.2.2. La méthode clinique

Dans la pratique, en psychologie, l'observation et l'entretien sont des techniques de la méthode clinique proprement dite. L'auteur insiste pour qu'on ne confonde pas la méthode clinique avec le domaine clinique dans lequel certains psychologues collaborent avec les médecins. La méthode clinique, dans la recherche, s'applique à plusieurs domaines, notamment la psychopédagogie et la clinique d'orientation scolaire et professionnelle. Elle se diversifie ainsi, d'un auteur à l'autre ; mais elle utilise trois techniques : l'entretien, l'observation et les tests psychométriques. La méthode clinique consiste à étudier, en principe de façon approfondie, des sujets individuels, par des techniques d'investigation, pouvant être ou non normalisées et ne faisant pas nécessairement usage d'élaboration statistique psychologique.

4.1.2.2.3. La méthode d'enquête

L'enquête, selon Grawitz (1993), est « quête d'information orale », ceci de façon méthodique et rigoureuse.

L'enquête est un moyen d'investigation précieux sur les antécédents de l'individu, les conditions et le cadre de vie, les manifestations de son comportement antérieur, les circonstances et les faits qui ont amené l'individu à adopter tel comportement. Elle est fondée sur les réponses orales ou écrites à des questions (Lafon, 2006).

L'enquête doit permettre au chercheur d'aller recueillir des informations auprès de la population cible et sur le terrain qui concerne directement son travail. Elle consiste à susciter un ensemble de discours individuels ou collectifs qu'il faut interpréter, analyser et généraliser.

Dans les procédures de réalisation de l'enquête on distingue trois techniques : l'entretien, l'observation, le questionnaire.

a. L'enquête par entretien

L'entretien de recherche a pour but de recueillir des données sur un thème de recherche déterminé.

Selon le nombre de participants, on distingue l'entretien individuel et l'entretien de groupe.

Habituellement, on distingue trois types d'entretien selon les degrés de la structuration :

8. l'entretien structuré ou entretien directif : il sert à recueillir les informations de façon standardisée. Toutes les personnes interrogées répondent à des questions identiques, reçoivent les mêmes explications et les entretiens se déroulent dans les mêmes conditions.

9. l'entretien semi-dirigé ou centré ou guidé : a ce niveau, le chercheur accorde plus d'importance à l'information, aux éléments du discours qu'il cherche à recueillir et il minimise toute standardisation. Toutefois, le chercheur vise une série d'objectifs qu'il compte atteindre à la fin de l'entretien. Il est encore appelé entretien de recherche.

10. L'entretien non directif : il est caractérisé par l'attitude non directive de l'intervieweur qui suit et soutient le sujet au lieu de le diriger. Dans ce cas, l'intérêt est porté sur tous les éléments du discours : les idées exprimées, mais aussi leur enchaînement, leur association et leur intonation.

L'entretien est préférentiellement utilisé dans les cas suivants :

- Etude des variables complexes

Il favorise l'étude de certaines variables telles que les valeurs, les croyances, les représentations sociales. Ce type d'entretien est souple et laisse le choix à l'interviewer des opportunités de réflexion improvisée.

- Approche du subconscient

L'entretien semi-directif et surtout non directif sont souvent considérés comme les méthodes d'approche du subconscient.

- Etude de certaines populations

Pour certaines populations, l'entretien semble mieux adapté que le questionnaire, par exemple. Plusieurs facteurs peuvent intervenir, notamment la difficulté, le refus de répondre à une série de questions définie à l'avance, le besoin d'établir un contact personnel avec les enquêtés. Cela peut être le cas des populations marginales ou de petits enfants.

b. L'enquête par observation

Selon De Landsheere (1976), l'observation scientifique est une constatation attentive des phénomènes sans la volonté de les modifier, à l'aide des moyens d'investigation et d'études appropriées à cette constatation. Elle se base sur l'observation perceptive : visuelle, auditive....

On distingue trois techniques d'observation :

- l'observation participante

Elle est apparue et s'est développée avec la recherche ethnologique. Elle a fait son entrée timide dans les enquêtes psychologiques où elle est pour la plupart du temps une observation complémentaire.

- l'observation directe

Elle se distingue catégoriquement de l'observation participante. Elle correspond le mieux au principe d'objectivité. Cette technique d'observation permet de capter le comportement au moment même où il se produit.

- l'observation indirecte

Elle regroupe les techniques où les comportements recueillis sont suscités par l'observateur. Ce sont des techniques de provocation de comportement.

c. L'enquête par questionnaire

Le questionnaire est un document comportant un certain nombre de questions que l'on élabore, en vue de recueillir des informations à partir des personnes interrogées. L'enquête par questionnaire selon Quivy et Campenhoudt (1995) consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leur situation sociale, professionnelle ou familiale, à leur opinion, à leur attitude à l'égard d'opinions ou d'enjeux humains et sociaux, à leur attente, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un événement ou d'un problème, ou encore sur tout autre point qui intéresse le chercheur. Le questionnaire est donc l'intermédiaire entre le chercheur et l'enquêté. Il doit être rédigé dans un style précis, clair et simple. Il doit porter sur les variables des hypothèses de la recherche ; la formulation des questions, son importance dans la compréhension des réponses attendues. Un questionnaire comporte des questions ouvertes, des questions fermées, des questions en éventail ou à choix multiple,....

Nous avons choisi la classification des méthodes selon Mucchielli, car nous avons utilisé la méthode d'enquête avec ces techniques d'entretien semi-dirigé et d'observation directe. Cette classification est celle qui présente de façon explicite la méthode d'enquête avec ses différentes techniques.

4.1.3. Méthode et techniques de collecte des données utilisées

Nous avons choisi la méthode d'enquête avec ses techniques d'entretien et d'observation. Notre population d'étude est une source vivante ; l'enquête s'adapte le mieux à une telle étude. Par ailleurs, notre étude porte sur une population jeune (enfants et adolescents) chez qui l'expression non verbale revêt une signification importante ; l'entretien constitue généralement une occasion d'observer la conduite du

sujet à travers les gestes, les mimiques, les interjections, les silences, les locutions, le style... Ces deux techniques (entretien et observation) de la méthode d'enquête, nous semblent donc les plus indiquées pour étudier les troubles psychotraumatiques dus à la maltraitance des enfants et des adolescents.

Nous avons utilisé l'entretien semi-directif et l'observation directe.

4.1.4. Instruments de collecte des données

Nous avons passé des interviews orales et individuelles avec notre population d'étude, en nous servant d'un guide d'entretien. Ce dernier est présenté sous forme de thèmes portant sur les variables de l'étude. Nous avons ainsi recueilli les formes de violences enregistrées au Togo et recherché les facteurs pouvant décrire les psychotraumatismes des violences faites aux enfants et aux adolescents.

Une grille d'observation dans laquelle nous avons présenté toutes les attitudes non verbales, les manifestations sur le plan comportemental, nous a permis de recenser les manifestations affectives, non verbales des psychotraumatismes de la maltraitance des enfants et des adolescents ; puis des lésions corporelles due à la maltraitance.

Nous tenons à préciser que nous sommes psychologue clinicienne, praticienne. Nous avons exercé en tant que psychologue dans un centre de prise en charge des victimes et auteurs de violence. Pour la présente étude, la collecte des informations s'est faite au cours des entretiens de prise en charge des enfants victimes de maltraitance. Pour cela, nous avons intégré l'équipe de prise en charge du centre, composée d'un psychologue et de travailleurs sociaux. Avec notre collègue psychologue, nous avons mené des entretiens à but thérapeutique avec les enfants, entretiens au cours desquels nous avons noté les informations nous permettant d'effectuer la présente étude.

4.2. Les procédures d'analyse des données

4.2.1. Méthodes d'analyse des données.

Deux grandes catégories des méthodes d'analyse des données sont courantes en psychologie : les méthodes quantitatives et les méthodes qualitatives.

4.2.1.1. Les méthodes quantitatives

Les méthodes quantitatives traitent des données numériques et utilisent les techniques permettant de mesurer, d'ordonner, de compter et de classer. Elles emploient généralement les mathématiques, les statistiques et l'informatique.

4.2.1.1.1. La méthode statistique

L'utilisation de la méthode statistique en psychologie est quasi indispensable. Elle permet d'obtenir des descriptions résumées des observations. Et cela s'impose pour deux raisons : une série de mesures ne peut être utilisée sous sa forme brute parce qu'elle est trop volumineuse et qu'elle ne pourrait, sous cette forme, s'intégrer dans un raisonnement susceptible d'aboutir à une conclusion.

En outre, le résumé statistique permet de dégager les caractères systématiques ou stables des phénomènes qui n'apparaissent pas ou de façon subjective et incertaine, si l'on se borne à une inspection directe de l'ensemble des observations primitives.

4.2.1.1.2. Les méthodes mathématiques

Les méthodes mathématiques sont essentiellement en psychologie, des méthodes de formalisation. Elles consistent à utiliser cette « langue bien faite » que sont les mathématiques pour exprimer les hypothèses du psychologue, afin d'en déduire de façon formellement rigoureuse des conséquences aisément vérifiables (Reuchlin, 2002). Il s'agit bien pour l'expérimentateur de parler une certaine langue et l'usage de cette langue ne confère à lui seul aucune garantie sur la fécondité psychologique des hypothèses émises sous cette forme, sur la valeur du contenu psychologique des interprétations finalement proposées.

Les méthodes mathématiques ont pour avantage d'obliger le psychologue à préciser sa pensée théorique et à expliciter le contenu des hypothèses qu'il avance.

4.2.1.1.3. L'informatique

L'introduction de l'informatique en recherche facilite le travail du chercheur. Un ordinateur peut « gérer » une expérience ou l'application d'une épreuve mieux que ne pourrait le faire le plus attentif des opérateurs. Il peut en particulier adapter les essais ou questions proposées à un sujet, en fonction des réponses fournies par le sujet dans les essais ou questions précédents.

Dans les enquêtes où on a à traiter un nombre important de données d'observation, l'usage de l'ordinateur est indispensable : il peut fournir immédiatement toutes les distributions uni- et plurivariées et tous les paramètres (moyenne, écart type, corrélation...)

4.2.1.2. Les méthodes qualitatives

Les méthodes qualitatives, quant à elles, recourent à des indicateurs non fréquentiels susceptibles d'autoriser des inférences.

D'après Bardin (1977), « l'inférence chaque fois qu'elle est faite, est fondée sur la présence d'un indice (thème, mot, personnage, ...) et non sur la fréquence de son apparition dans chaque communication individuelle ».

4.2.1.2.1. L'analyse de contenu

La méthode d'analyse de contenu est la méthode qualitative la plus connue et la plus utilisée.

Selon Mucchielli (2006), l'analyse de contenu est l'ensemble des méthodes de recherche des informations qui se trouvent dans une communication ou un document. Elle essaie de dégager le sens ou les sens de ce qui est présenté, de formuler et de classer tout ce qui y est contenu.

L'analyse de contenu se veut une méthode capable d'effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles. Pour cela elle doit être :

- *Objective*, c'est-à-dire considérant les données informationnelles comme des objets susceptibles d'être étudiés scientifiquement, décrits, analysés et découpés de toutes les manières utiles ;

- *Exhaustive*, c'est-à-dire n'oubliant rien de son objet après l'avoir défini ;

- *Méthodique*, c' est-à-dire soumise à des règles strictes, que l'on peut apprendre et transmettre ;

- *Quantitative*, donc aboutissant à des calculs et à des mesures, à des évaluations aussi précises que possible.

L'analyse de contenu s'applique sur trois types de matériels :

a. Le matériel donné à priori

Il comprend tout matériel de communication que l'on reçoit comme objet d'étude. La recherche, dans un but d'analyse sans que soient précisés d'autres buts plus précis, prend pour objet un ensemble de communications ou d'informations existant en dehors de l'opérateur.

Le but général est indispensable pour une analyse de contenu ; mais le chercheur n'a aucune idée de ce qu'il va découvrir en effectuant l'analyse.

Les consignes reçues ou que l'on se donne sont : résumer l'essentiel d'un article ou d'un livre, découvrir et formuler ce que signifie un rapport, analyser tous les effets de sens d'une affiche, inventorier les informations contenues dans un texte et les classer.

Le produit de ce travail sera donc un compte rendu d'analyse. Celle-ci sera d'autant plus valable et probante qu'elle aura été objective, exhaustive, méthodique et si possible quantifiée.

b. Le matériel rassemblé à des fins d'analyse ayant des objectifs formulés

Il s'agit de questions à poser à un ensemble de données informationnelles. Ici les questions à poser sont représentées par les buts précis de l'analyse, et il faut que ces buts soient accessibles par l'analyse de contenu.

Les consignes sont : découvrir et définir de façon formelle les procédés de la propagande dans un journal ; chercher et hiérarchiser les thèmes caractéristiques des lettres laissées par les suicidés, définir le sens qu'un auteur donne à un mot clé de son répertoire ou la représentation qu'il se fait d'une catégorie de situations ; analyser comment les quotidiens d'un pays ont présenté un événement, comment se répartissent les tendances et leurs places respectives sur une échelle d'attitude de « favorable à défavorable ».

Ici, le contenu se déduit des objectifs que l'on s'est donné ou qui ont été donnés ; l'opérateur doit activement réunir les documents pertinents. On dira qu'il a à constituer le « *corpus* » et cela se fera déjà selon certaines règles.

c. Le matériel créé par la recherche elle-même

Il s'agit des réponses aux questions « *ouvertes* » d'un questionnaire, des enregistrements d'interview sur des thèmes ou des situations définies, des protocoles de tests, des résultats d'expériences...

Dans ce cas, l'opérateur a fait naître un certain matériel qui contient quelque chose et ce sont ces contenus qu'il faudra analyser, formuler, quantifier.

d. Le matériel utilisé dans notre travail

Le matériel utilisé dans notre travail est celui rassemblé à des fins d'analyse ayant des objectifs formulés. En effet, nous avons formulé des objectifs et en fonction de ces objectifs, nous avons collecté des cas que nous avons étudiés afin d'atteindre ces objectifs.

4.2.1.2.2. Les différentes techniques de l'analyse de contenu

4.2.1.2.2.1. Les méthodes logico-sémantiques

Cette catégorie regroupe les méthodes qui peuvent être définies de trois façons (Mucchielli, 2006) :

- définition par leur objet

Ces méthodes ne concernent pas la recherche du sens implicite, du second sens du texte, ni de la structure formelle. Elles s'en tiennent au contenu manifeste directement, et pour ainsi dire simplement.

- définition par les applications les plus fréquentes

Elles s'appliquent aux analyses de textes divers depuis les index ou mots clés des divers concepts utilisés, la classification des éléments d'information jusqu'à la recherche d'attitudes et des manières de présenter l'information et à l'analyse des tendances. On peut aussi comparer pour voir comment évoluent les tendances et les attitudes, mais chaque fois en n'allant pas au-delà.

La rédaction d'une fiche ou d'un résumé dit analytique, les analyses de presse, les recherches de catégories ou de thèmes d'opinion sur un événement, la catégorisation

classification des réponses à une question ouverte utilisent les méthodes logico-sémantiques.

➤ définition technique

Ces méthodes procèdent par inventaire, dénombrement, caractérisation, mais toujours et en même temps à partir de la "*compréhension du sens*" (sens des mots, sens des idées exprimées en mots), de la perception des "*analogies de sens*" (base de tous les regroupements et classements) et des "*hiérarchies de sens*" (valeurs différentes des mots ou des idées en une hiérarchie allant du plus particulier au plus général).

4.2.1.2.2.2. Les méthodes logico-esthétiques et formelles

Ces méthodes d'analyse formelle de contenu cherchent à révéler, par l'analyse de "*textes*", "*une caractéristique formelle typique de l'auteur ou du genre de texte*". Elles se différencient de l'analyse linguistique au sens strict. Elles portent sur la parole et non la langue en tant que telle car la parole prend en considération celui qui parle ou écrit, c'est-à-dire son style, son vocabulaire, ses intentions, sa personnalité, son idéologie. Donc, ces méthodes s'occupent d'abord de la "*psycholinguistique*" (étude du langage de tel groupe socioculturel ou tel autre groupe), plutôt que de la linguistique

4.2.1.2.2.3. Les méthodes d'analyse sémantique et structurale

La différence essentielle entre ces méthodes et celles que nous venons de voir est due au fait qu'elles cherchent à dépasser le contenu manifeste, explicite, non immédiatement donné à la lecture.

4.2.2. Méthodes et techniques d'analyse des données utilisées

Pour notre analyse, la méthode logico-sémantique de la méthode d'analyse de contenu est la mieux adaptée, en ce sens que nous recherchons le sens manifeste du discours, des événements : attitudes, gestes, paroles ... recueillis auprès des victimes de maltraitance, afin de dégager leur signification.

Nous nous sommes servi également de l'informatique, notamment du logiciel SPSS pour l'analyse statistique des données. C'est un logiciel d'analyse quantitative des données qui nous a permis de faire une analyse fréquentielle détaillée avec des pourcentages. En effet, l'analyse de contenu aboutit généralement à une analyse des fréquences qui nécessite l'utilisation des statistiques.

V. RESULTATS ET COMMENTAIRES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

5.1. Les aspects socio- démographiques

Tableau I : répartition des sujets selon l'âge

Âge	Fréquence	pourcentage
0-5ans	1	0,7
6-10 ans	51	37,5
11-15 ans	75	55,1
16-20 ans	6	4,4
Age inconnu	3	2,2
Total	136	100

Cette distribution permet de relever une forte représentativité de la population dont la tranche d'âge est comprise entre 6 et 15 ans (92,65%) avec un fort taux des 11- 15 ans (55,15%). Les 0- 5 ans et les 16- 20 ans sont faiblement représentés.

Tableau II : répartition des enfants selon le sexe

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	104	76,5
Masculin	32	23,5
Total	136	100

Le sexe féminin prédomine, soit 76,5% contre 23,5% pour le sexe masculin, avec un sexe ratio h/f de 3,25.

Tableau III : répartition des enfants selon le statut socio-économique

Statut socio-économique	Fréquence	Pourcentage
Non précisé	60	44,12
Elève	48	35,29
Domestique	28	20,59
Total	136	100

La plupart des enfants selon ce tableau n'ont pas précisé leur statut socio-économique (44,12%). Nous pouvons expliquer cet état de chose par le fait que la plupart des enfants n'arrivent pas à expliquer leur réel statut (domestique ou simple placement), car ils ne sont pas, pour la plupart du temps, payés (même quand ils sont domestiques); les élèves représentent 35,29% et les domestiques 20,59%

Tableau IV : répartition des enfants selon la région togolaise d'origine

Région d'origine	Fréquence	Pourcentage
Maritime	62	45,59
Etranger	38	27,94
Plateau	13	9,56
Centrale	9	6,62
Kara	6	4,41
Non précisé	6	4,41
Savane	2	1,47
Total	136	100

La majorité des enfants sont des Togolais et représentent 72,06% de la population étudiée. Toutefois ce tableau nous laisse remarquer que le nombre va décroissant de la région maritime (45,59%) à la région des savanes (1,47%). Cela peut s'expliquer par la proximité de la région maritime par rapport au centre d'accueil. Toutefois, on note

un fort taux des étrangers (27,94%) pouvant s'expliquer par le phénomène de trafic transfrontalier des enfants.

Tableau V : répartition des enfants selon leur provenance

Lieu de résidence	Fréquence	Pourcentage
Lomé	120	88,24
Etranger	9	6,62
Autres villes du Togo	6	4,41
Non précisé	1	0,74
Total	136	100

La quasi- totalité des enfants (88,24%) résident à Lomé, 6,62% vivent à l'étranger (Bénin, Ghana, Côte-d'Ivoire, Nigeria) et 4,41% vivent dans les villes de l'intérieur du Togo.

Tableau VI : répartition des enfants selon leur nationalité

Nationalité	Fréquence	Pourcentage
Togolaise	93	68,38
Etrangère	38	27,94
Non précisé	5	3,68
Total	136	100

Le tableau ci-dessus, nous permet d'enregistrer 68,38% de Togolais et 27,94% d'étrangers. Les étrangers viennent essentiellement du Bénin et du Ghana voisins, quelques uns viennent du Nigeria. 3,68% non pas su préciser leur nationalité.

Tableau VII : répartition des enfants selon les personnes qui assurent l'autorité parentale

Personne assurant l'autorité parentale	Fréquence	Pourcentage
Tuteur	48	35,29
Tante	26	19,12
Père	23	16,91
Oncle	12	8,82
Autres parents	10	7,35
Père et mère	9	6,62
Mère	5	3,68
Cousin/cousine	2	1,47
Frère/sœur	1	0,74
Total	136	100

Il ressort de ce tableau que la majorité des enfants étudiés sont placés (72,79%) : 35,29% vivent chez des tuteurs, 19,12% vivent avec une tante, 8,82% vivent avec un oncle, 7,35% vivent avec d'autres parents ; seul 27,21% vivent avec leurs parents dont 16,91% avec les pères seuls, 3,68% avec les mères seules, 6,62% avec les pères et mères.

5.2. Statuts des parents

Tableau VIII : répartition des enfants selon leur situation familiale

Situation des parents	Fréquence	Pourcentage
Les deux parents vivants	74	54,41
Les deux parents inconnus	16	11,76
Père mort, mère vivante	14	10,29
Père vivant, mère morte	12	8,82
Les deux parents morts	10	7,35
Un des parents inconnu	10	7,35
Total	136	100

Ce tableau nous permet de réaliser que plus de la moitié des enfants soit 54,41% ont les deux parents vivants, seuls 7,35% ont les deux parents décédés ; 11,76% ne connaissent pas leurs parents. Cela se comprend du fait que pour certains, ils sont placés très jeunes et n'ont plus revu jusqu'alors leurs parents. 19,11% des enfants ont un des parents vivants.

Tableau IX : répartition des enfants selon la profession de leurs parents

❖ Profession du père

Profession du père	Fréquence	Pourcentage
Inconnu	72	52,94
*Autre	30	22,06
Artisan	20	14,71
commerçant/revendeur	5	3,68
Fonctionnaire	4	2,94
Sans emploi	4	2,94
Retraité	1	0,74
Total	136	100

*cultivateur, jardinier, gardien, pasteur, féticheurs, conducteur, ...

❖ Profession de la mère

Profession de la mère	Fréquence	Pourcentage
Inconnu	97	71,32
Commerçante/revendeuse	21	15,44
*Autre	5	3,68
Sans emploi	5	3,68
Ménagère	4	2,94
Artisan	2	1,47
Non précisé	2	1,47
Total	136	100

* cultivatrice, agent de photocopie, ...

La majorité des enfants ne connaissent pas la profession des parents : 71,32% pour les mères et 52,94% pour les pères. En effet, la plupart des enfants ne vivent pas avec

leurs parents. 15,44% des mères sont revendeuses ou commerçantes, alors que 3,68% des pères sont commerçants ou revendeurs. D'autres professions tels que cultivateur, gardien, chauffeur.... sont pratiquées par 4,41% des mères et 22,79% des pères. Les artisans représentent 1,47% des mères et 14,71% des pères. Très peu de parents sont sans profession : 2,94% pour les mères et 2,21% pour les pères.

Tableau X : répartition de l'échantillon selon la résidence des parents par rapport aux enfants

Lieu de résidence des parents et de l'enfant	Fréquence	Pourcentage
Les deux parents vivent séparés de l'enfant	99	72,79
Un des parents vit avec l'enfant	27	19,85
Les deux parents vivent avec l'enfant	10	7,35
Total	136	100

Selon ce tableau, la majorité des enfants vivent séparés de leurs deux parents (72,79%) ; seuls 7,35 % vivent avec leurs deux parents ; 19,85% vivent avec un des parents

Tableau XI : répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial des parents

Statut matrimonial des Père et mère	Fréquence	Pourcentage
Marié	44	32,35
Divorcé/séparé	44	32,35
Autre	33	24,26
veuf/veuve	15	11,03
Total	136	100

Les parents des enfants étudiés sont pour la plupart du temps, soit mariés (32,35%), soit divorcés (32,35%) ; 11,03% sont veufs. Une bonne proportion ne connaît pas le statut matrimonial de leurs parents (24,26%). cela peut se comprendre d'une part par le fait que la majorité des enfants ne vivent pas avec leurs parents, d'autre part, en Afrique, le statut matrimonial des parents n'est pas l'affaire des enfants.

Tableau XII : répartition de l'échantillon d'étude selon le régime matrimonial des parents

Régime matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Inconnu	86	63,24
Monogamie	29	21,32
Polygamie	21	15,44
Total	136	100

Plus de la moitié des enfants ne connaît pas le régime matrimonial des parents (63,24%). Cela confirme le constat que nous avons fait au tableau précédent, à savoir que la situation des parents n'est pas l'affaire des enfants. 21,32% sont monogames et 15,44% sont polygames.

5.3. Les différents types de maltraitance

Tableau XIII : répartition de l'échantillon selon le temps écoulé entre la maltraitance et le signalement

Temps écoulé	Fréquence	Pourcentage
0-1 semaine	30	22,06
1-2 mois	29	21,32
3-4 semaines	20	14,71
2-3 semaines	18	13,24
1-2 semaines	17	12,50
2-3 mois	11	8,09
Non précisé	8	5,88
Supérieur à 3 mois	3	2,21
Total	136	100

Cette répartition relève que le signalement des maltraitances s'est fait dans un intervalle de temps allant de une semaine à trois mois (91,92%) avec un fort taux de signalement dans les une semaine précédent la maltraitance (22,06%). De là, nous pouvons remarquer que la violence sur les enfants est relativement reconnue comme un abus.

Tableau XIV : répartition de l'échantillon selon le nombre de fois que les sujets ont été victimes de maltraitance

Nombre de fois	Fréquence	Pourcentage
Plus de 3 fois	122	89,71
1 fois	10	7,35
2 fois	2	1,47
Non précisé	2	1,47
Total	136	100

Selon ce tableau, 89,71% des enfants ont été victimes de maltraitance plus de trois fois, ce qui laisse comprendre que la maltraitance des enfants est quasi- permanente au Togo.

La littérature regroupe sous l'appellation de « syndrome de Silverman » (Audet & Katz, 2006), la coexistence de lésions osseuses de localisations multiples et d'âges différents, signant des maltraitements majeures répétées. Dans le cas de ce syndrome, les lésions cutanées elles aussi sont nombreuses, d'âges et de localisations variées. Sans pour autant dire que nous décrivons le même syndrome ici, nous constatons le « caractère » répétitif des maltraitements, qui nous permet de classer les maltraitements que nous étudions dans les maltraitements familiaux à enfants telles que décrites dans la littérature.

Tableau XV : Répartition de l'échantillon d'étude selon les auteurs de maltraitance

Auteur de la maltraitance	Fréquence	Pourcentage
Tuteur	42	30,88
Tante	22	16,18
Père	17	12,50
*Autres parents	17	12,50
Oncle	11	8,09
Mère	7	5,15
Deux personnes ou plus	7	5,15
Belle-mère/ beau-père	6	4,41
Père et Mère	4	2,94
Inconnu	3	2,21
Total	136	100

*Autres parents : frères, sœurs, grand- parents, cousin.

La majorité des enfants sont maltraités par des parents (père et mère, tante, oncle, cousin) (45,6%) ; une bonne proportion, soit 30,88%, sont maltraités par des tuteurs. D'autres personnes (tels que grands-parents, frères et sœurs...) représentent 11,76% des maltraitants.

Les maltraitements familiaux à enfants telles que décrites dans la littérature ont pour auteurs, les propres parents (père et/ou mère) de l'enfant. Nous constatons dans la présente étude que d'autres parents et même des tuteurs interviennent dans le cadre togolais pour maltraiter les enfants. Nous pouvons expliquer cet état de faits, d'une part, par la culture africaine qui autorise les parents à placer leurs enfants chez de proches parents dans un souci de meilleur bien-être de ceux-ci. D'autre part, la famille africaine inclut dans son sein, outre les parents (père et mère), d'autres parents (oncle,

tante, cousin, ...) qui ont eux aussi la charge de l'éducation des enfants. Cela laisse comprendre qu'ils ont eux aussi droit de correction sur eux.

Tableau XVI : Répartition de l'échantillon d'étude selon les différents types de maltraitance subie.

Types de maltraitance	Fréquence	Pourcentage
maltraitements physiques	123	90,44
maltraitements psychologiques	56	41,18
Maltraitements sexuelles	18	13,24

Ce tableau nous permet de relever les maltraitements physiques, les maltraitements psychologiques et les maltraitements sexuelles comme principales maltraitements à l'égard des enfants et des adolescents au Togo. Nous constatons que les maltraitements physiques représentent le plus grand lot des maltraitements dont sont victimes les enfants au Togo, soit 90,44% ; viennent ensuite les maltraitements psychologiques avec 41,18% ; enfin les maltraitements sexuelles avec 13,24%.

Audet et Katz (2006), s'inspirant de la définition de l'ODAS, ont distingué les maltraitements physiques, les maltraitements sexuelles, les négligences lourdes et les maltraitements psychologiques. Ce qu'ils entendent par négligences graves sont, soit des négligences physiques, soit des négligences affectives ; nous avons relié ces négligences soit aux maltraitements physiques (négligences physiques), soit aux maltraitements psychologiques (négligences affectives).

Tableau XVII : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les types de maltraitance

Types de maltraitance	Âges									
	0-5ans		6-10 ans		11-15 ans		16-20 ans		Inconnu	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Maltraitements physiques	1	100	47	92	67	89	6	100	2	67
Maltraitements psychologiques	0	0	22	43	30	40	3	50	1	33
Maltraitements sexuelles	0	0	4	7,8	13	17	1	17	0	0

Nous constatons, de cette répartition, que notre échantillon est constitué d'un seul sujet âgé de 0- 5 ans et ce dernier à été victime de maltraitance physique seulement, d'où 100% de maltraitance physique dans la tranche d'âge de 0- 5ans. De la même façon, des six enfants âgés de 16 à 20 ans, 100% ont été victimes de maltraitance physique et 50% victimes de maltraitements psychologiques.

Pour les sujets des tranches d'âge de 6 à 10 ans et de 11 à 15 ans, ils ont été plus victimes de maltraitements physiques et psychologiques, soit respectivement 92% et 89% (maltraitements physiques) puis 43% et 40% (maltraitements psychologiques). Nous remarquons en revanche que seules les tranches d'âge de 6 à 10 ans, de 11 à 15 ans et 16 à 20 ans sont touchées par la maltraitance sexuelle avec respectivement 7,8%, 17% et 17% des effectifs de ces tranches d'âges.

Ces résultats nous permettent constater que c'est essentiellement des adolescents (11- 16 ans et 16- 20 ans) qui sont victimes de maltraitements sexuelles. L'adolescence a cette particularité d'éveiller les désirs sexuels du sujet adolescent qui sont essentiellement des fantasmes ludiques dont la forme érotique reste toujours au niveau de la tendresse (Ferenczi, cité par Audet & Katz, 2006). L'adulte, dans ses désirs personnels, a tendance à faire la confusion entre cette manifestation infantile de l'enfant ou l'adolescent et une vraie sollicitation de celui-ci, d'où la maltraitance sexuelle.

Tableau XVIII : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements physiques subies

Maltraitements physiques	Fréquences	Pourcentage
Battre	113	83,09
Privations de tout genre	54	39,71
Brûler	3	2,21
Tirer les oreilles	3	2,21
Ligoter	2	1,47
Gifler	1	0,74
Mettre à genou	1	0,74
Taillader les mains	1	0,74
Piment dans les yeux	1	0,74
Mordre	1	0,74

La principale maltraitance physique consiste à battre les enfants ; 83,09% des sujets de notre population d'étude ont été battu. Nous avons ensuite les privations avec 39,71% des sujets de notre étude. D'autres formes de maltraitements physiques : brûler, tirer les oreilles, 2,21% respectivement, ligoter (1,47%), gifler, mordre.... représentent de très faibles proportions.

Nous constatons que les maltraitements telles que brûler, taillader les mains, mettre le piment dans les yeux, sont particuliers au contexte togolais, ils n'ont pas été décrits dans la littérature.

Cependant, des maltraitements physiques tels que « le syndrome du bébé secoué », « le syndrome de Silverman » ou encore l'infanticide, décrites dans la littérature, n'ont pas été retrouvées dans notre étude.

Tableau XIX : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements psychologiques subies.

Maltraitements psychologiques	Fréquence	Pourcentage
Menace	15	11,03
Exploitation	15	11,03
Injures	10	7,35
Accusation de sorcellerie	8	5,88
Disputes des parents	5	3,68
Accusation de vol	4	2,94
Fausses accusations	4	2,94
Négligence	4	2,94
Refus d'adresser la parole	1	0,74
Victime de vol	1	0,74

Les maltraitements psychologiques qui sont rencontrés chez les enfants victimes de maltraitements au Togo sont les menaces et l'exploitation (11,03% chacun), des injures (7,35%), des accusations de sorcellerie (5,88%). Les autres formes de maltraitements psychologiques représentent de faibles proportions : disputes des parents (3,68%), négligence, fausses accusations, accusation de vol (2,94% pour chaque type), refus d'adresser la parole (0,74%), victime de vol (0,74%).

Cependant, nous notons des formes particulières de maltraitements psychologique, non relevées dans la littérature tels que : être victime de vol, accusation de sorcellerie. Nous constatons également que des formes de maltraitements psychologiques telles que isolement dans des pièces sombre, avec des animaux phobogènes ; enfermement dans la niche du chien ou alimentation partagée avec celui-ci n'ont pas été retrouvées dans notre étude.

Tableau XX : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitances sexuelles subies.

Maltraitances sexuelles	Fréquence	Pourcentage
Viol	15	11,03
Tentative de viol	3	2,21
Harcèlement sexuel	1	0,74
Suspicion de viol	1	0,74

Les viols avec ou sans pénétration sont les maltraitances sexuelles les plus représentées chez les victimes étudiées, soit 11,03% de la population d'étude ; ils sont suivis des tentatives de viol (2,21%) puis du harcèlement (0,74%) et les suspicions de viol (0,74%). La suspicion de viol s'explique par le fait que nous n'avons pas pu vérifié l'effectivité du viol, mais l'attitude, le comportement de la victime (le refus de répondre à son nom, comportement érotisé, l'usage de mots d'adulte et propos orduriers) nous a permis de suspecter une violence sexuelle. Cette suspicion constitue la particularité des violences sexuelles que nous avons enregistrées dans notre population d'étude.

En revanche, des formes de maltraitances sexuelles décrites dans la littérature : attouchement, expositions à des images pornographiques, prostitution forcée, n'ont pas été retrouvées au sein de notre population d'étude.

Tableau XXI : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitances sexuelles et l'âge.

Ages	Maltraitances sexuelles							
	Viol avec ou sans pénétration		Tentative de viol		Harcèlement		Suspicion de viol	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
0-5ans	0	0	0	0	0	0	0	0
6-10 ans	2	3,92	1	1,96	0	0	1	1,96
11-15 ans	13	17,33	1	1,33	1	1,33	0	0
16-20 ans	0	0	1	16,67	0	0	0	0
Âge Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0

La relation entre l'âge et les formes de maltraitances sexuelles relève que la maltraitance sexuelle se retrouve essentiellement dans la tranche d'âge de 6 à 15 ans et qu'elle représente 17,33% de viol avec ou sans pénétration chez les 11 – 15 ans, contre 3,92% chez les 6- 10 ans ; 1,96% de tentative de viol chez les 6- 10 ans contre 1,33% chez les 11- 15 ans ; 1,33 % de harcèlement chez les 11- 15 ans contre 0% chez les 6-10 ans ; 1,96% de suspicion de viol chez les 6- 10 ans contre 0% chez les 11- 15 ans.

Toutefois, un seul sujet âgé de 16 à 20 ans et représentant 16,67% de cette tranche d'âge a été victime de tentative de viol. Les sujets d'âge inconnu et ceux âgés de 0 à 5 ans n'ont été victimes d'aucune violence sexuelle.

Les études que nous avons consulté ne font pas de lien entre l'âge et les formes de maltraitances sexuelles. Cependant, Audet et Katz (2006) notent dans le cas de la pédophilie que le pédophile se concentre sur un enfant prépubère, généralement âgé de moins de 13 ans. Nous notons également que le lien est fait entre l'âge et les conséquences psychologiques de ces maltraitances sexuelles surtout en ce qui concerne l'inceste.

Aucune hypothèse n'a été formulée sur le lien pouvant exister entre l'âge et les formes de maltraitance sexuelle. Nous pensons toutefois que l'établissement de ce lien peut permettre de comprendre les mécanismes en jeu dans les maltraitances sexuelles et donc le développement des troubles psychotraumatiques en lien avec les formes de maltraitance.

5.4. Les conséquences de la maltraitance

Tableau XXII : répartition de l'échantillon d'étude selon les conséquences de la maltraitance.

Conséquences de la maltraitance	Fréquence	Pourcentage
conséquences psychologiques	136	100
Conséquences physiques	32	23,53

Les conséquences de la maltraitance des enfants se répartissent essentiellement en deux groupes de conséquences : les conséquences physiques qui sont habituellement immédiates, puis les conséquences psychologiques qui peuvent être à court, à moyen ou à long terme. Nous remarquons selon ce tableau, que tous les enfants de notre étude ont présenté les conséquences psychologiques (100% de la population d'étude) et 23,53% des enfants ont présenté des conséquences physiques. Nous faisons ainsi le constat que les conséquences physiques s'accompagnent toujours de répercussions sur le plan psychologique. Toutefois, on peut avoir des conséquences psychologiques, même s'il n'y a pas de séquelles physiques.

Les conséquences physiques sont des lésions corporelles faites de plaies fraîches ou en voie de cicatrisation, de cicatrices,...

Les conséquences psychologiques, dans la littérature francophone, sont désignées par le terme « syndrome psychotraumatique » qui peut être immédiat, post- immédiat ou chronique. Ce syndrome psychotraumatique regroupe en réalité la symptomatologie de l'historique névrose traumatique.

Tableau XXIII : répartition de l'échantillon d'étude selon les conséquences physiques de la maltraitance.

Conséquences physiques	Fréquence	Pourcentage
Plaies sur le corps	20	14,71
Ecorchures	8	5,88
Cicatrices	4	2,94
Déchirure du périnée	3	2,21
Infections génitales	2	1,47
Brûlures	2	1,47
Ecoulement du sang du vagin	2	1,47
Maux de bas ventre	2	1,47
Cassure de la tête	1	0,74
Tuméfaction	1	0,74
Fractures	1	0,74
Erytèmes	1	0,74
Douleurs à la position assise	1	0,74

Il y a des conséquences physiques en cas de maltraitances physiques ou de maltraitances sexuelles. Les maltraitances psychologiques ne laissent pas de séquelles visibles. Des 136 enfants de notre recherche, seuls 32 soit 23,53% ont présenté des séquelles physiques après la maltraitance. Les principales séquelles physiques observées chez les enfants que nous avons étudié sont les plaies sur le corps, soit 14,71% de la population étudiée, suivies des écorchures (5,88%), des cicatrices (2,94%), de déchirure du périnée (2,21).

Des manifestations physiques telles que marche difficile, visage gonflé, luxation, ecchymose, morsure....n'ont pas été observé chez les victimes de notre étude.

Tableau XXIV : répartition de l'échantillon d'étude selon les conséquences psychologiques de la maltraitance.

Conséquences psychologiques	Fréquence	Pourcentage
Réaction	123	90,44
Impact	100	73,53
Vécu	62	45,59

Nous avons regroupé les conséquences psychologiques en trois groupes essentiels : la réaction qui est souvent immédiate, quelques heures à quelques jours après la violence, le vécu qui apparaît à moyen terme, quelques jours à plusieurs mois, et l'impact qui apparaît à court, à moyen ou à long terme et qui peut jalonner toute l'existence de l'individu, s'il n'est pas pris en charge.

Nous pouvons faire le parallèle avec la considération des auteurs francophones en précisant que ce que nous avons appelé réaction constitue le syndrome psychotraumatique immédiat ; nous préférons le terme de réaction parce que celle-ci peut être une réaction de stress adaptée (non traumatique) ou au contraire une réaction de stress dépassée (traumatique).

Le vécu, dans notre étude, constitue les réactions post-immédiates ; nous préférons le terme de vécu parce qu'il a pu avoir une élaboration psychique depuis l'événement traumatique et ces réactions relèvent plus du ressenti, de décharge émotionnelle que de l'automatisme comme c'est le cas au niveau des réactions immédiates.

L'impact constitue, pour nous, les troubles psychotraumatiques chroniques, ceux qui apparaissent avec une désorganisation importante de la personnalité, pouvant être durable et nécessitant de ce fait, une prise en charge psychothérapeutique. Ces troubles psychotraumatiques peuvent être d'éclosion immédiate ou différée.

De cette répartition, nous avons trouvé que 90,44% des sujets de notre échantillon d'étude ont manifesté une réaction à la maltraitance, 73,53% ont eu un impact psychologique et 45,59% ont manifesté un vécu de la maltraitance.

Tableau XXV : répartition de l'échantillon d'étude selon les types de réaction à la maltraitance.

Réaction	Fréquence	Pourcentage
Fugue	105	77,21
Pleurs	21	15,44
Colère	4	2,94
Se méfie de tout	4	2,94
Hébétude	3	2,21
Agressivité	3	2,21
Aucune réaction apparente	3	2,21

Les réactions rencontrées face à la maltraitance sont essentiellement les fugues (77,21%), les pleurs (15,44%) ; les autres réactions ont été manifestées dans de faibles proportions : la colère (2,94%), la méfiance envers tout (2,94%), l'hébétude et l'agressivité (2,21% chacune) et aucune réaction apparente (2,21%).

Ponseti- Gaillochon, Duchet & Molenda (2009) ont relevé que la réaction de stress dépassée s'accompagne de symptômes d'inhibition ou d'agitation, voire de fuite panique et d'action automatique associée à un vécu de frayeur ou d'horreur, avec un sentiment d'impuissance et de détresse auxquelles est souvent associée la désorientation temporelle ou spatiale, le sentiment de dépersonnalisation, mais très souvent de déréalisation.

Nous pensons que la forte proportion de fugues que nous avons enregistré dans notre étude, peut s'expliquer par cet état psychologique qu'ont décrit les auteurs précités.

Tableau XXVI : répartition de l'échantillon d'étude selon les types de vécu à la maltraitance.

Vécu	Fréquence	Pourcentage
Angoisse	49	36,03
Sentiment d'impuissance	6	4,41
Sentiment de honte et de souillure	5	3,68
Sentiment de culpabilité	4	2,94
Sentiment de haine	2	1,47
Changement d'humeur	1	0,74
Sentiment de révolte	1	0,74

Les manifestations du vécu traumatique de la maltraitance sont essentiellement l'angoisse (36,03%), suivi de loin par le sentiment d'impuissance (4,41%), le sentiment de honte et de souillure (3,68%), la culpabilité (2,94%). Les sentiments de haine, de révolte et les changements d'humeur sont apparus faiblement.

De Clercq & Lebigot (2001) décrivent comme vécu traumatique suite à un traumatisme psychique : la menace interne dont l'angoisse est le maître-mot, la honte et l'abandon, expliquant l'incapacité à rapporter les faits vécus et créant par voie de conséquence l'isolement social ; puis la culpabilité, pas toujours consciente et souvent rationalisée.

Cependant, Ponseti- Gaillochon, Duchet & Molenda (op. cit.) pensent que le vécu se manifeste par la frayeur et l'horreur avec sentiment d'impuissance et de détresse.

Tableau XXVII : répartition de l'échantillon d'étude selon les troubles psychotraumatiques.

Troubles psychotraumatiques	Fréquence	Pourcentage
Troubles du développement de la personnalité	89	65,44
ESPT	27	19,85
Troubles de la morale et de la socialisation	25	18,38
Manifestations dépressives	24	17,65
Troubles cognitifs	4	2,94
Manifestations psychosomatiques	3	2,2

L'enfant, pendant longtemps, a été considéré comme victime innocente, en référence aux conséquences physiques des traumatismes. La croyance à une certaine imperméabilité de l'enfant, aux traumatismes psychiques à cause de son immaturité intellectuelle et de son univers imaginaire, a longtemps fait penser que l'enfant était exempt de traumatisme psychique.

Brauner A. et Brauner F. (De Clercq & Lebigot, po. Cit.) ont été les premiers à décrire un syndrome psychotraumatique chez l'enfant où une apparente froideur affective cache des vécus d'insécurité et d'abandon et une intense angoisse de néantisation.

L'impact clinique d'événements traumatiques chez les enfants est constitué d'un panel de troubles psychopathologiques, à savoir les troubles de personnalité, l'ESPT, les troubles de la morale et de la socialisation, la dépression, les troubles cognitifs, et les troubles psychosomatiques.

Les troubles de personnalité ont été les plus manifestés chez les victimes de maltraitance que nous avons étudié, soit 65,44% des victimes, suivis de l'ESPT, 19,85%, des troubles de la morale et de la socialisation, 18,38% et des manifestations dépressives, 17,65%.

Beaucoup de recherches se concentrent sur l'ESPT comme séquelle psychotraumatique et ignorent les autres syndromes psychotraumatiques. Nous, nous considérons que les conséquences psychotraumatiques, suite à l'exposition à des

événements traumatiques, dépassent le seul syndrome d'ESPT et englobe les troubles que nous avons précités.

Il faut rappeler que le concept d'ESPT a été proposé pour permettre l'indemnisation des anciens combattants de la guerre du Viétnam (De Clercq & Lebigot, op. cit.) et qu'il n'englobe pas toutes les manifestations de la névrose traumatique.

Tableau XXVIII : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations des troubles du développement de la personnalité liés à la maltraitance.

Troubles du développement de la personnalité	Fréquence	Pourcentage
Agressivité	58	42,65
Hyperactivité	17	12,50
Perte de confiance en soi	7	5,15
Rejet d'identité	2	1,47
Difficulté à aborder le concept d'avenir	2	1,47
Déni de la peur et exposition à des situations dangereuses	1	0,74
Timidité	1	0,74

L'enfant confronté à des actes de violence est amené à remanier sa conception de la notion de sécurité et du sens des relations affectives, surtout du rôle de l'adulte dans ces relations. Ceci entraîne de profonds remaniements de sa personnalité pouvant générer une agressivité inhabituelle, des comportements imprudents ou autodestructeurs ou, au contraire, une inhibition envahissante, un déni de la peur, mais encore une excitabilité par des scènes auxquelles il assiste (De Clercq & Lebigot, 2001).

Terr (1983, cité par Bailly, dans De Clercq & Lebigot, op. cit.) considère ces changements comme un des marqueurs les plus significatifs du traumatisme infantile.

L'agressivité est le symptôme de troubles de personnalité le plus observé chez les victimes de maltraitance que nous avons étudié, soit 42,65% des victimes. Vient ensuite l'hyperactivité avec 12,50% et la perte de confiance en soi (5,15%). Les autres

manifestations de trouble de personnalité (rejet d'identité, difficulté à aborder le concept d'avenir, déni de la peur, timidité) représentent de faibles proportions.

Le rejet d'identité constitue un signe particulier à notre étude ; il consiste pour un enfant à refuser son identité et à déclarer de fausses identités. Audet et Katz (2006), dans le cadre de l'inceste, considère le refus de répondre à son nom comme un symptôme psychocomportemental révélateur.

Tableau XXIX : Répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations de l'ESPT liées à la maltraitance.

Manifestations d'ESPT		Fréquence	Pourcentage
Inhibition de la réactivité	Repli sur soi	8	5,9
	Isolement	7	5,1
	Perte de savoir faire	2	1,5
	Réduction de la capacité à jouer	1	0,7
Troubles du sommeil	Troubles de la pensée	6	4,4
	Terreurs nocturnes	1	0,7
	Réaction de sursaut	1	0,7
Reviviscence	Souvenirs récurrents	1	0,7

Les critères de définition de l'ESPT décrits par le DSM- IV ne précisent pas la spécificité de l'enfant ; ce qui rend un peu difficile la définition de ce syndrome chez un enfant. Cette définition implique la perception d'un risque de mort ou l'évaluation du sérieux de ce risque. Or, le concept de mort se met en place progressivement chez un enfant et c'est en moyenne vers sept ans que les enfants parviennent à concevoir le caractère irréversible de la mort, son universalité et son lien dialectique avec la vie n'étant abordé que vers dix, onze ans. En conséquence, la perception d'une menace de

mort chez un enfant va dépendre de son âge de développement, de ces capacités conceptuelles et perceptuelles.

Bailly (1999, cité dans De Clercq & Lebigot, op. cit.) pense qu'il y a quatre phases chez l'enfant, dans la perception de ce qu'est la menace de mort :

- chez le bébé n'ayant pas encore la maîtrise du langage et de la marche, les expériences de séparation brutale et de chaos sensoriel sont probablement l'équivalent de ce qu'est une expérience de mort chez l'adulte.

- chez les jeunes enfants qui maîtrisent la marche et le langage, mais dont la pensée est encore pré-formelle, la réaction des parents à l'événement potentiellement traumatique est cruciale. L'adulte perçu comme protecteur, omnipotent et sage, s'il renvoie une image troublante, destructrice, d'impuissance, ou au contraire une banalisation inappropriée peut être source de traumatisme pour l'enfant.

- chez les enfants plus âgés, ayant acquis les processus de pensée abstraite, la maîtrise progressive de la pensée abstraite va leur permettre d'accéder à une meilleure compréhension du concept de la mort. De ce fait, le message mortifère de l'événement traumatique pourra être perçu par l'enfant et conduire au traumatisme comme chez l'adulte. Il faut cependant tenir compte du fait que l'enfant a un registre imaginaire dominé par la pensée magique.

- A l'adolescence, les parents sont de moins en moins capables de faire écran entre le sujet et l'événement traumatique. L'adolescent sera en revanche très attentif à leurs réactions, et en particulier de ce que celles-ci pourraient fantasmatiquement justifier de leur destitution. Confronté seul à l'événement, il a parfois recours à une imaginarisation de la scène qui peut le protéger du traumatisme.

Nous nous sommes inspirée, pour l'évaluation de l'ESPT au sein de notre population d'étude, du DSM-IV en tenant compte de la particularité des sujets en développement que sont les enfants et les adolescents

Ainsi, nous avons relevé des manifestations telles que la reviviscence, l'inhibition de la réactivité et les troubles du sommeil.

Les manifestations de l'inhibition de la réactivité ont été les plus observées tels que le repli sur soi (5,09%), l'isolement (5,1%), les pertes de savoir faire (1,5%) et la

réduction des capacités à jouer (0,7%). Ensuite, les troubles de sommeil se sont manifestés à travers les difficultés de concentration (4,4%), les terreurs nocturnes (0,7%) et les réactions de sursaut (0,7%). Enfin, la reviviscence s'est manifestée par des souvenirs récurrents (0,7%).

Nous n'avons pas retrouvé dans notre étude, pour la reviviscence, des cauchemars traumatiques, des jeux post-traumatiques, des flashs-back.

Tableau XXX : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations des troubles de la morale et de la socialisation dû à la maltraitance

Trouble de la morale et de la socialisation	Fréquence	Pourcentage
Indiscipline	19	13,97
Conflit avec la loi	4	2,94
Tendance revendicatrice	1	0,74
Autre	1	0,74

Dans son rapport « réponse à l'enquête sur les effets psychologiques de la guerre », Simone Marcus-Jeisler (1947, cité par Bailly, op. cit.) insiste beaucoup sur les difficultés « sociales » ; elle note que les enfants présentent : indiscipline, tendances revendicatrices, leur maturité précoce est particulièrement développée par la vie aventureuse qu'ils ont menée, le vol, le chapardage....

Bailly (op. cit.) pense que cet état de comportement chez les enfants pourrait s'expliquer par le fait que la rencontre manquée avec la mort a probablement pour conséquence d'attaquer les soubassements narcissiques du sujet. En effet, l'être humain se construit depuis la naissance comme tout à la fois narrateur et héros de son histoire ; la personnalité se bâtit sur cette hypothèse initiale et, bien que le sujet se sache mortel, il lui est impossible d'avoir un quelconque savoir sur ce que serait sa non présence. L'enfant en développement va voir non seulement les assises de sa personnalité modifiées par le traumatisme, mais, lorsque l'événement implique l'attaque des lois et des règles du contrat lui-même, aussi sa socialisation mise en jeu.

Les troubles de la morale et de la socialisation les plus observés dans notre étude sont l'indiscipline (13,97%), la délinquance juvénile (2,94%). D'autres manifestations telle que la tendance revendicatrice sont faiblement représentées (0,74%).

Tableau XXXI : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations dépressives dues à la maltraitance.

Manifestations Dépressives	Fréquence	Pourcentage
Tristesse	12	8,82
Douleur morale	5	3,68
Asthénie	3	2,21
Tentative de suicide	2	1,47
Idées suicidaires	1	0,74
Idées de mort	1	0,74

Le principal symptôme dépressif observé chez les enfants victimes de maltraitance étudiés est la tristesse observée chez 8,82% des sujets, suivie par la douleur morale (3,68%), puis l'asthénie (2,21%).

Vila et al. (1998) relève qu'en situation traumatique, on peut constater, en plus de l'ESPT, chez les enfants âgés de 6 à 12 ans des états anxieux et dépressifs ; ils ne précisent toutefois pas les signes dépressifs qui peuvent être manifestés.

Tableau XXXII : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations des troubles cognitifs dus à la maltraitance.

troubles cognitifs	Fréquence	Pourcentage
Troubles de l'apprentissage	3	2,21
Baisse des performances scolaires	1	0,74

La diminution des capacités d'apprentissage (2,21%) et la baisse des performances scolaires (0,74) sont les troubles cognitifs que nous avons observé chez les enfants que nous avons étudiés

Bailly (cité dans De Clercq & Lebigot, 2001) prend en compte les troubles cognitifs comme conséquence psychotraumatique chez les enfants, mais pense que les performances scolaires des enfants redeviennent le plus souvent normales quelques mois seulement après le traumatisme, à la différence des adultes. Toutefois, la condition est que les parents ne soient pas les responsables directs de la violence. Il pense en outre que le fait que les apprentissages soient préservés serait un des effets des particularités de la symptomatologie post-traumatique chez l'enfant et que chez certains enfants, le fonctionnement de la pensée logique dans le registre cognitif serait une manière d'éviter les pensées liées à l'événement traumatique.

Nous rejoignons Bailly (op. cit.) pour expliquer le faible taux des troubles cognitifs au sein de notre population d'étude.

Mais, il précise également que la plupart des recherches soulignent qu'à court terme, le syndrome de reviviscence et les affects qui l'accompagnent peuvent parfois interférer avec les capacités d'apprentissage des enfants

Tableau XXXIII : répartition de l'échantillon d'étude selon les manifestations psychosomatiques dues à la maltraitance.

Manifestations psychosomatiques	Fréquence	Pourcentage
Troubles fonctionnels digestifs	1	0,74
Troubles des règles	1	0,74
Douleurs abdominales	1	0,74

Les principales manifestations psychosomatiques observées sont les troubles fonctionnels digestifs, les troubles des règles et les douleurs abdominales, observés chacun chez 0,7% de la population étudiée.

Bailly (op. cit.) pense que tous les cliniciens font le constat de la fréquence des manifestations psychosomatiques chez les enfants comme chez les adultes dans les pays en guerre. Ces manifestations enregistrées sont entre autres, les bronchites asthmatiformes, les eczémas, les troubles fonctionnels digestifs, les pelades, les troubles des règles chez les adolescentes. Dans notre cas, nous avons relevé de rares troubles fonctionnels digestifs, des règles, puis des douleurs abdominales (qui ne sont pas mentionnées dans la littérature).

5.5. Relations entre l'âge et les troubles psychotraumatiques

Tableau XXXIV : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les conséquences psychologiques.

Age (ans)	Conséquences psychologiques					
	Réaction		Vécu		Impact	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
0-5	0	0	0	0	1	100
6-10	46	90,2	24	47,06	38	74,51
11-15	68	90,67	35	46,67	57	76
16-20	6	100	2	33,33	1	16,67
Inconnu	3	100	2	66,67	3	100

La relation entre l'âge et les conséquences psychologiques nous permet de relever que le seul sujet de la tranche d'âge de 0- 5ans, n'a manifesté ni réaction, ni vécu, mais nous avons retrouvé chez lui les troubles psychotraumatiques de l'impact (le syndrome psychotraumatique chronique). Ce constat corrobore avec la thèse des Brauner (De Clercq & Lebigot, 2001) selon laquelle l'enfant sous la guerre réagit par une inhibition silencieuse pouvant passer à tort, pour du sang froid, et qu'ensuite son incapacité à verbaliser l'expérience traumatique peut faire passer inaperçue une grande souffrance psychique et un intense besoin de secours.

Nous constatons que les tranches d'âge de 6 à 10 ans, puis de 11 à 15 ans, ont manifesté dans des proportions à peu près équivalente, les réactions, les vécus et les syndromes psychotraumatiques de l'impact, soit respectivement : réaction 90,2% et 90,67%, vécu 47,06% et 47,67% et l'impact 74,51% et 76%.

Par contre, tous les sujets âgés de 16 à 20 ans ont manifesté 100% de réactions, 33,33% de cette tranche d'âge ont manifesté des vécus et 16,67% ont eu un impact psychotraumatique. Nous pouvons dire en nous inspirant de Bailly (cité dans De Clercq & Lebigot, op. cit.), que les sujets âgés de 6 à 15 ans ont acquis la pensée

abstraite et donc sont en mesure de percevoir l'événement traumatique comme une menace de mort et par conséquent de développer le traumatisme psychique comme l'adulte.

L'adolescent (16 à 20 ans), lui, pouvant faire recours à l'imaginarisation de la scène traumatique susceptible de le protéger et le rendre moins sensible à l'horreur de la scène vue qu'à l'aspect transgressif de celle-ci, développe moins le vécu (33,33%) et l'impact psychotraumatique (16,67%) qu'il ne réagit devant l'événement traumatique (100%).

Nous aurions aimé vérifier le degré de relation entre l'âge et les conséquences psychologiques de la maltraitance des enfants, mais nous n'avons pas pu le faire parce que le tableau renferme des données inférieures à 1 et, statistiquement parlant, le calcul de corrélation ne peut se faire dans ces conditions.

Tableau XXXV : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les troubles psychotraumatiques

Troubles psychotraumatiques	Age (ans)									
	0-5		6-10		11-15		16-20		Inconnu	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Manifestations dépressives	0	0	8	16	20	27	0	0	0	0
troubles psychosomatiques	0	0	1	2	2	2,7	0	0	0	0
Troubles cognitifs	0	0	2	3,9	2	2,7	0	0	0	0
Troubles de personnalité	0	0	37	73	48	64	0	0	3	100
Troubles de la morale	0	0	9	18	16	21	0	0	0	0
ESPT	1	100	8	16	18	24	0	0	0	0

L'établissement de la relation entre l'âge et les troubles psychotraumatiques nous permet de relever une variabilité des troubles en fonction de l'âge. Nous notons en effet que tous les sujets âgés de 16 à 20 ans n'ont développé aucun trouble psychotraumatique, tandis que ceux âgés de 0 à 5 ans n'ont développé que l'ESPT, soit 100% de cette tranche d'âge et ceux d'âge inconnu ont tous développé un trouble de personnalité. Cependant, les sujets âgés de 6 à 10 ans et de 11 à 15 ans ont développé tous les troubles psychotraumatiques, avec une forte proportion des troubles de personnalité (73% pour les 6-10 ans et 64% pour les 11-15 ans).

Tandis que les sujets âgés de 6 à 10 ans développent plus de troubles de personnalité que ceux âgés de 11 à 20 ans (73% contre 64%), ces derniers développent plus de syndromes dépressifs (27% contre 16%), d'ESPT (24% contre 16%), de troubles de la morale (21% contre 18%) que les premiers.

L'absence de troubles psychotraumatiques dans la tranche d'âge de 16 à 20 ans serait-elle dû au phénomène de la résilience ? Nous ne saurions le dire. Mais nous pensons

comme Bailly (op. cit.) que la forte capacité d'imaginarisation de la scène traumatique par l'adolescent serait protecteur pour celui-ci, qui ressent moins l'horreur que l'effet transgressif de l'événement traumatique.

La littérature psychotraumatique relève une variation du syndrome psychotraumatique en fonction de l'âge et Vila (1998) constate que des manifestations comme le retrait ou l'excitation, l'irritabilité, les pleurs, les troubles du sommeil ou de l'appétit, les retards de développement ou les régressions dominent les formes du nourrisson et du très jeune enfant. Chez les enfants de 2 à 6 ans, selon cet auteur, s'ajoutent les somatisations douloureuses, les comportements et les productions (jeux et dessins) répétitifs, les phénomènes d'évitement, les craintes spécifiques, la tristesse, les phénomènes d'allure dissociative, les comportements d'agrippement aux adultes proches et les difficultés accrues de séparation, les comportements régressifs et les sentiments de honte. Il observe également des retards de développement langagier et psychomoteur, des comportements de retrait, un mutisme ou des conduites agressives.

Chez les enfants âgés de 6 à 12 ans, il observe qu'en plus des manifestations d'ESPT, on retrouve des symptômes anxieux ou dépressifs marqués, ainsi que l'expression d'une culpabilité, en situation de *survivant* notamment. Une hypervigilance, des modifications dans les jeux, la perte ou le changement dans les intérêts habituels, l'apparition ou le retour de phobies spécifiques, les troubles du sommeil, les rêves anxieux et les difficultés de concentration sont plus nets qu'avant 6 ans. Les difficultés scolaires et la baisse des performances apparaissent souvent au devant du tableau.

Nous notons chez cet auteur, une absence de catégorisation telle que nous l'avons fait en syndromes psychotraumatiques (dépression, trouble de personnalité, trouble psychosomatique, cognitif...), où chaque syndrome présente un certain nombre de manifestation ou signes. Cependant, nous retrouvons dans sa description, les signes ou symptômes de ces différents syndromes. Il faut remarquer également que dans sa description, il a pris en compte les sujets âgés de 0 à 12 ans, alors que nous, nous considérons les sujets âgés de 0 à 20 ans.

Tableau XXXVI : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et le vécu psychologique

Vécus	Âge (ans)									
	0-5		6-10		11-15		16-20		Inconnu	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Angoisse	0	0	20	39	25	33	2	33	2	67
Sentiment d'impuissance	0	0	0	0	6	8	0	0	0	0
Sentiment de honte et de souillure	0	0	1	2	4	5,3	0	0	0	0
Sentiment de culpabilité	0	0	3	5,9	1	1,3	0	0	0	0
Changement d'humeur	0	0	0	0	1	1,3	0	0	0	0
Sentiment de haine	0	0	1	2	1	1,3	0	0	0	0
Sentiment de révolte	0	0	0	0	1	1,3	0	0	0	0

L'analyse de la relation entre l'âge et les vécus psychologiques nous permet de relever une absence de vécu dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans et une proportion importante des vécus angoissants dans les autres tranches d'âge avec respectivement 39%, 33%, 33%, et 67% pour 6 à 10 ans, 11 à 15 ans, 16 à 20 ans et âge inconnu.

Il est à noter une variabilité des différents vécus au niveau des différentes tranches d'âge : la tranche d'âge de 16 à 20 ans et les sujets d'âge inconnu n'ont manifesté que le vécu angoissant ; le sentiment d'impuissance, les changements d'humeur, le

sentiment de révolte ont été enregistrés uniquement dans la tranche d'âge de 11 à 15 ans avec respectivement 8%, 1,3%, 1,3% de cette tranche d'âge. Cependant, les sentiments de honte et de souillure, de culpabilité, de haine ont été enregistrés chez les 6- 10 ans et chez 11- 15 ans avec une plus grande proportion des 6 -10 ans au niveau des sentiments de culpabilité et de haine (5,9% contre 1,3% et 2% contre 1,3%) et une plus grande proportion des 11- 15 ans pour les sentiments de honte et de souillure (5,3% contre 2%).

L'absence de vécu traumatique dans la tranche d'âge de 0 à 5 ans corrobore l'idée qui a laissé longtemps croire à une certaine « imperméabilité » de l'enfant aux traumatismes psychiques dû en réalité à une inhibition silencieuse de l'enfant devant une situation traumatique et à son incapacité à verbaliser l'expérience traumatique.

Tableau XXXVII : répartition de l'échantillon d'étude selon l'âge et les troubles du développement de la personnalité

Troubles du développement de la personnalité	Âge (ans)									
	0-5		6-10		11-15		16-20		Inconnu	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Agressivité	0	0	24	47	31	41	0	0	3	100
Perte de confiance en soi	0	0	3	5,9	4	5,3	0	0	0	0
Difficulté à aborder le concept d'avenir	0	0	0	0	2	2,7	0	0	0	0
Déni de la peur	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0
Rejet d'identité	0	0	1	2	1	1,3	0	0	0	0
Hyperactivité	0	0	8	16	9	12	0	0	0	0
Timidité	0	0	0	0	1	1,3	0	0	0	0

L'analyse de ce tableau nous permet de constater une absence de troubles de personnalité dans les tranches d'âge de 0 à 5 ans et de 16 à 20 ans et une variabilité des troubles de personnalité par rapport aux autres tranches d'âge. L'agressivité a été le trouble de personnalité dominant avec 100% des sujets d'âge inconnu, 47% des 6 - 10 ans et 41% des 11 - 15 ans, suivi de l'hyperactivité : 16% des 6 - 10 ans et 12% des 11 - 15 ans ; de la perte de confiance en soi, 5,9% des 6 - 10 ans et 5,3% des 11 - 15 ans. Nous remarquons que la difficulté à aborder le concept d'avenir et la timidité ont été retrouvées que chez les 11 - 15 ans (respectivement 2,7% et 1,3% de cette tranche d'âge) et le déni de la peur chez les 6 - 10 ans (2% de cette tranche d'âge)

Bailly (in De Clercq & Lebigot, 2001) décrit comme troubles dans le développement de la personnalité, l'agressivité, des comportements imprudents ou autodestructeurs,

une inhibition envahissante, l'excitabilité..., sans préciser s'il existe une relation entre ces troubles et l'âge des enfants étudiés.

Cependant, dans la description de Vila (1998), on retrouve des conduites agressives, des comportements de retrait, du mutisme, chez les enfants âgés de 2 à 6 ans, et de l'excitabilité, l'irritabilité chez les nourrissons et les très jeunes enfants.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

L'analyse de la relation entre les troubles psychotraumatiques et les formes de maltraitances physiques nous permet de relever que les troubles psychotraumatiques développés par les enfants victimes de maltraitance physique varient en fonction de la forme de maltraitance. Ainsi, nous notons qu'aucun sujet dont les mains ont été tailladées n'a présenté de trouble psychotraumatique. Cependant, ceux qui ont été battus ont manifesté tous les troubles psychotraumatiques avec une forte proportion des troubles de personnalité, soit 53,68% des sujets de notre population d'étude ; ceux qui ont été victimes de privation ont présenté tous les troubles sauf les manifestations dépressives et nous notons également pour ces victimes un fort taux des troubles de personnalité, soit 22,06% de notre population d'étude. Ceux qui ont été victimes « d'oreilles tirées » n'ont pas présenté les troubles cognitifs et les troubles psychosomatiques, et l'ESPT a été le trouble le plus représenté chez ses sujets (2,21% de la population d'étude). Les sujets dont la maltraitance physique est d'avoir été ligotés n'ont pas présenté de signes dépressifs, ni de troubles cognitifs, ni de troubles psychosomatiques, mais l'ESPT (0,74%), les troubles de la morale (0,74%) et les troubles de personnalité (1,47%). Les sujet dont les maltraitances physiques ont été « brûler, gifler, mettre a genou » ont manifesté uniquement des troubles de personnalité avec respectivement 1,47%, 0,74%, et 0,74%. Les sujets qui ont été mordus ont présenté des troubles de la morale et des troubles de personnalité uniquement. Les sujets dont on a mis le piment dans les yeux n'ont présenté que de signes dépressifs (0,74%) et l'ESPT (1,47%).

La littérature psychotraumatique n'établit pas de relation entre les formes de maltraitances physiques et les troubles psychotraumatiques. Toutefois, Vila (op. cit.) fait le lien entre les troubles psychotraumatiques de type II, ceux qui sont consécutifs à l'exposition prolongée ou répétée à des événements majeurs (maltraitance, sévices physiques ou sexuels répétés, mais aussi la guerre, les tortures et l'internement en camp dans des régimes totalitaires) et certaines manifestations psychotraumatiques telles que le déni massif du traumatisme, l'inhibition intellectuelle, l'émoussement affectif, le détachement avec restriction des intérêts.

Tableau XXXIX : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitance sexuelles et les troubles psychotraumatiques

Troubles psychotraumatiques	Maltraitements Sexuelles							
	Viol		Tentative de viol		Harcèlement		Suspicion de viol	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Troubles du développement de la personnalité	6	4,41	0	0	0	0	0	0
Manifestations dépressives	4	2,94	1	0,74	0	0	0	0
ESPT	3	2,21	1	0,74	0	0	0	0
Troubles de la morale et de la socialisation	3	2,21	0	0	0	0	0	0
Troubles cognitifs	0	0	0	0	0	0	0	0
Manifestations psychosomatiques	2	1,47	0	0	0	0	0	0

L'analyse de ce tableau nous permet de constater que seuls les sujets victimes de viol ont présenté des troubles de personnalité (4,41%), des troubles de la morale (2,21%) et des troubles psychosomatiques (1,47%), et que ce sont toujours ces victimes de viol qui ont manifesté tous les troubles psychotraumatiques sauf les troubles cognitifs dont le lien avec les maltraitements sexuelles s'est révélé nul. Les victimes de tentative de viol ont présenté l'ESPT (0,74%) et des signes dépressifs (0,74%) ; ceux qui ont été suspectés de viol et ceux qui sont victimes de harcèlement sexuel n'ont pas manifesté de troubles psychotraumatiques.

Tableau XXXX : répartition de l'échantillon d'étude selon les formes de maltraitements psychologiques et les troubles psychotraumatiques

Maltraitements psychologiques	Troubles psychotraumatiques											
	Manifestations dépressives		ESPT		Troubles de la morale et de la socialisation		Troubles du développement de la personnalité		Troubles cognitifs		Manifestations psychosomatiques	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Injures	2	1,47	6	4,41	4	2,94	2	1,47	2	1,47	1	0,74
Dispute des parents	2	1,47	1	0,74	2	1,47	1	0,74	1	0,74	1	0,74
Menace	4	2,94	1	0,74	3	2,21	9	6,62	0	0	0	0
accusation de sorcellerie	1	0,74	7	5,15	0	0	5	3,68	1	0,74	0	0
Exploitation	6	4,41	4	2,94	2	1,47	10	7,35	0	0	0	0
Accusation de vol	2	1,47	0	0	1	0,74	0	0	1	0,74	0	0
Victime de vol	0	0	0	0	1	0,74	1	0,74	0	0	0	0
Négligence	1	0,74	2	1,47	3	2,21	5	3,68	0	0	0	0
Refus d'adresser la parole	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fausse accusations	1	0,74	1	0,74	0	0	2	1,47	0	0	0	0

L'évaluation de la relation qui peut exister entre les troubles psychotraumatiques et les maltraitances psychologiques nous permet de noter que toutes les maltraitances psychologiques n'entraînent pas tous les troubles psychotraumatiques et que les proportions des victimes au niveau de chaque trouble psychotraumatique varient d'une forme de maltraitance psychologique à l'autre. Ainsi, seules les victimes d'injures et de disputes de parents ont présenté tous les troubles psychotraumatiques, avec une forte proportion des ESPT (4,41%) pour les victimes d'injures et une forte proportion des manifestations dépressives et des troubles de la morale (1,47%) pour les disputes des parents. Cependant, les sujets victimes de menaces, ceux victimes d'exploitation et ceux victimes de négligence n'ont pas présenté de troubles cognitifs et psychosomatiques et ont eu de fortes proportions pour les troubles de personnalité avec respectivement 6,62%, 7,35%, 3,68%. Nous constatons également que ceux qui ont été accusés de sorcellerie n'ont pas eu de troubles de la morale et de troubles psychosomatiques et ont manifesté beaucoup d'ESPT par rapport aux autres troubles. Les victimes accusées de vol ont manifesté plus de signes dépressifs (1,47%) et n'ont pas présenté de troubles cognitifs, psychosomatiques et d'ESPT. Ceux qui ont été victimes de fausses accusations n'ont pas eu des troubles cognitifs, de la morale et psychosomatiques et ont manifesté plus de troubles de personnalité (1,47%). Les victimes de vol n'ont présenté que des troubles de la morale (0,74%) et des troubles de personnalité (0,74%).

Nous notons en revanche que ceux qui ont été victime « de refus d'adresser la parole » n'ont présenté aucun trouble psychotraumatique.

Il faut noter que nous faisons le calcul des pourcentages sur le total de notre population d'étude.

Nous notons par rapport aux trois tableaux permettant de faire la relation entre la forme de la maltraitance et les troubles psychotraumatiques développés par les enfants que toutes les formes de maltraitances ne donnent pas lieu à tous les troubles psychotraumatiques et que les troubles psychotraumatiques ne se manifestent pas de la même manière par rapport aux formes de maltraitances que nous avons étudiées.

Bailly (in De Clercq & Lebigot, 2001) et Audet & Katz (2006) reconnaissent un impact psychotraumatique chez les enfants des traumatismes psychiques dus à des événements tels que les catastrophes, les accidents, la maltraitance, ..., qui peuvent se traduire par des troubles de personnalité, de la morale, psychosomatiques, l'ESPT, la dépression... mais n'établissent

aucun lien entre, d'une part, la maltraitance en tant que événement traumatogène et ces troubles psychotraumatiques et, d'autre part, les formes de maltraitements et ces troubles psychotraumatiques décrits.

5.7. Etudes de cas

Cas numéro 1 : abus physique

Jeune garçon de 13 ans, répondant au prénom de Luc, il réside à Lomé dans le quartier Gblenkomé avec son oncle paternel depuis 2002, après le décès de son père. Il est élève en classe de CE2 et est issu d'une fratrie de deux dont il est le cadet. Sa sœur aînée vit avec la grand-mère dans le quartier Akossombo. Il est de nationalité togolaise et originaire de la région de la Kara. Après le décès du père, la mère est partie les laissant à eux mêmes d'où son placement chez l'oncle.

Chez l'oncle, il exécute des tâches ménagères telles que balayer, faire la vaisselle, entretenir la moto, la télévision etc. Il se réveille le matin à 6h pour faire ses tâches ménagères avant d'aller à l'école. Il dit manger à satiété ; son oncle lui donne 50f pour son petit déjeuner ; le midi et le soir il mange la pâte à la maison.

L'oncle est marié et a un enfant de trois ans ; il est enseignant de profession et la femme est ménagère.

Luc a été admis à Tdh pour violence physique grave. Nous le recevons une semaine après son admission à Tdh et il y a encore à ses pieds les bandages servant à protéger les blessures causées par l'abus physique et nous voyons bien que Luc marche difficilement à cause des blessures qu'il a aux pieds. Sur les poignets des mains, les traces de blessures cicatrisées se font nettement voir et sont bien récents ; apparemment, nous pouvons dire que les mains ont été moins abîmées que les pieds.

L'histoire se passe le 12 avril 2010, un jour avant son admission à Tdh. L'enfant serait sorti pour aller à Atikoumé sans objectif précis ; quand nous lui posons la question qu'est-ce qu'il est allé faire à Atikoumé, il répond par un signe de tête « négatif ». De retour à la maison, l'oncle lui a attaché les pieds et les mains avec les attaches de la moto. Comme réaction, Luc a pleuré et quand il s'est calmé, il a sauté sur ses pieds et a pu récupérer un couteau pour se détacher. Ce fut peine perdue puisque, aussitôt détaché, la femme de l'oncle lui a remis les attaches. Il est resté ainsi à pleurer et crier jusqu'à ce que l'oncle ne revienne le détacher à 11h. Notons au passage qu'il est resté attaché de 7h à 11h selon lui.

Selon l'oncle, depuis quelques temps, Luc a un mauvais comportement ; il ne travaille plus bien à l'école et sort beaucoup. Il l'aurait attaché ainsi pour l'empêcher de sortir.

Après qu'il ait été détaché, il avait très mal et n'arrivait pas à marcher, les pieds étaient enflés aux lieux des attaches. Son oncle l'a menacé de le taper s'il ne marchait pas. Malgré toute la douleur, il s'est efforcé à marcher. Son oncle ne lui a fait aucun pansement ; c'est un voisin qui lui a donné un produit (dont nous ignorons la nature) pour panser ses blessures.

Il faut remarquer qu'il s'agit d'un premier épisode du genre ; d'habitude l'oncle le frappe quand il commet une « bêtise ».

Le lendemain, un voisin a alerté la police qui est allé les chercher, son oncle et lui ; après les avoir auditionnés, il a été placé à Tdh. Dès son placement, il a été hospitalisé pendant une semaine et c'est à son retour de l'hôpital que nous le recevons.

A ce jour, Luc voudrait être réintégré chez sa grand-mère. Il refuse de retourner chez son oncle et déclare qu'il a peur de lui, après que nous ayons insisté pour connaître les raisons de ce refus.

En résumé, il s'agit d'une maltraitance physique qui a consisté à attacher les mains et les pieds d'un garçon de 13 ans par son oncle pendant environ quatre heures de temps.

Comme conséquence, nous relevons :

- ❖ sur le plan physique : des blessures aux endroits où l'enfant a été attaché aux pieds et des cicatrices récentes aux poignets des mains.

- ❖ Sur le plan psychologique :

5. les réactions ont été : les pleurs, puis la colère contre son oncle ;

6. le vécu : on relève un vécu angoissant et culpabilisant (il pense que c'est de sa faute si c'est arrivé) ;

7. l'impact : une rumination de l'évènement traumatique accompagné de pleurs et de tristesse (signes dépressifs)

Cas n° 2 : abus physique grave

Nadia est une fillette de 12 ans, élève en classe de CE2, accueillie à Tdh par l'intermédiaire la DGPE le 19 février 2009 pour violences physiques et psychologiques graves.

Elle vit à Lomé dans le quartier Agoé-Logopé avec sa sœur aînée et le mari de cette dernière. Elle est issue d'une fratrie de 7 enfants dont trois filles et quatre garçons. Ses deux parents sont vivants et résident dans le canton de Kpinzindè Landa Pozanda dans la préfecture de la Kozah ; le papa est cultivateur et la mère ménagère.

Nadia a été placée chez sa sœur aînée aux fins de scolarisation. Cette dernière est mariée et a trois enfants dont une fille et deux garçons. Elle est couturière de profession.

Nadia a été ligotée des deux mains par sa sœur pour avoir égaré 5000F alors que celle-ci l'avait envoyé acheter des aliments pour préparer le déjeuner ; pris de colère, elle l'a frappé puis ligoté à titre de punition de midi à 17 heures.

A son admission à Tdh, elle avait les deux poignets de mains enflées, et des traces de blessures en cicatrisation dans le dos. L'expertise médico-légale a relevé :

- un assez bon état général ;
- un état psychologique très affecté ;
- des marques traumatiques au niveau des deux mains avec :
 - une tuméfaction importante de la main et des doigts gauches en flexum, une zone nécrotique de 15 cm de long sur 7 cm de large siégeant sur le dos de la main gauches et des zones ecchymotiques s'étendant au 1/3 inférieur de l'avant bras gauche et à la paume de la main gauche ;
 - une tuméfaction de la main et des doigts droits en flexum, une zone nécrotique siégeant au dos de la main droite de 6 cm de diamètre et des zones ecchymotiques s'étendant également au 1/3 inférieur de l'avant bras et à la paume de la main droite ;
- une absence de fracture des os des mains et des phalanges.

Ceci a nécessité des soins médicaux, une à deux interventions chirurgicales permettant l'excision des zones nécrotiques et une greffe de la peau, et une rééducation des poignets et des doigts après cicatrisation des plaies.

Quand nous recevons Nadia plusieurs mois après son admission à Tdh, nous avons une fillette calme, sereine, qui s'exprime clairement et explique avec plus ou moins d'émotion ce qui s'est passé. Elle a déjà subi plusieurs interventions chirurgicales et des greffes de la peau ; les blessures sont en cicatrisations mais les mains sont encore bandées et nous voyons la déformation des mains depuis le poignet, provoquée par plusieurs heures de ligotage.

Comme conséquences de cette maltraitance nous pouvons noter :

- ❖ Sur le plan physique : des lésions aux poignets avec déformations de ceux-ci et des cicatrices sur le corps.

- ❖ Sur le plan psychologique :

- Réaction : des pleurs, la tristesse

- Le vécu : angoissant et culpabilisant et beaucoup d'appréhensions liées à sa réintégration. En effet, la sœur auteur de maltraitance a été appréhendée et emprisonnée après jugement pour trente mois et cette dernière a un bébé de moins d'un an. Nadia s'inquiète beaucoup quand au devenir du bébé et regrette d'avoir égaré cette somme d'argent qui a conduit à ces violences. Elle appréhende son retour en famille : comment est-ce qu'elle va être accueillie ? Est-ce qu'elle ne sera pas rejetée par la famille pour « avoir mis sa sœur en prison ? » Car selon elle, c'est à cause de ses bêtises que sa sœur est en prison.

- L'impact se manifeste par des signes dépressifs notamment la tristesse

Nadia, après un long séjour à Tdh, a été réintégrée en septembre 2009 dans sa famille dans la Kozah. Elle devait poursuivre la rééducation à Kara avec le relais de Terre des Hommes.

Nous n'avons pas d'informations sur comment s'est passé le retour en famille et la suite de sa rééducation.

Cas N° 3 : abus physique grave

Rodrigue est âgé de 6 ans lorsqu'il a été accueilli à Tdh pour violences physiques graves. Il est originaire d'Aného et habite Lomé, dans le quartier Doulassamé, avec ses deux parents et sa grand-mère paternelle. Il est issu d'une fratrie de deux dont il est aîné, son jeune frère a 5ans.

Il a été violenté gravement, puis attaché aux mains et aux pieds par son père en présence de sa mère pour avoir volé 1000f. Et le garçon, lorsqu'on lui pose la question de savoir pourquoi son père l'a frappé, répond : « il dit que j'ai volé son argent, 1000F ». Cette violence a entraîné un traumatisme crânien. L'objet traumatisant est une ceinture. Quand nous le recevons en entretien, il vient de l'hôpital où il a reçu un pansement sur la tête, ce qui permet de voir l'étendu du choc reçu sur la tête à travers le sparadrap servant à protéger la blessure. On observe également des traces de cicatrices sur ses bras et le dos, témoignant de la

fréquence des maltraitements physiques sur cet enfant et confirmant ses déclarations selon lesquelles, son père le bat souvent avec une ceinture.

Après la maltraitance, l'enfant aurait fugué de la maison de ses parents avec l'aide d'un colocataire pour aller dénoncer son père au commissariat. D'où son envoi à Tdh pour une meilleure prise en charge. On note également, chez cet enfant, une notion de négligence de la part de ses parents : il n'est pas bien nourri ni entretenu selon ses déclarations. A l'évocation de son père et de son retour en famille, il refuse et verse des larmes car il a peur de son père et ne souhaite pas non plus qu'on punisse ce dernier par peur de sa réaction.

Comme conséquences de cette maltraitance on note :

- ❖ sur le plan physique : un traumatisme crânien et des cicatrices sur le corps
- ❖ sur le plan psychologique :

- la réaction s'est manifestée par des pleurs et la fugue ;

- le vécu psychologique de la maltraitance est un vécu angoissant : il a peur de son père et ne veut plus retourner chez lui ; il a peur qu'on punisse son père pour ce qu'il lui a fait (probablement la peur des conséquences). On note des crises de larmes à l'évocation du père lié certainement au vécu angoissant.

A cette date, il n'est pas possible d'observer de troubles psychopathologiques de l'impact, mais on peut prévoir qu'à moyen ou à long terme, si l'enfant n'est pas pris en charge, il pourra manifester un trouble psychopathologique lié au traumatisme vécu tels que l'ESPT, la dépression, les troubles de personnalité....

Cas N°4 : violence psychologique

Anne est une fillette de 12 ans recueillie par Tdh par l'intermédiaire de allo 111, après une fugue (2^{ème} fugue en trois mois). La fillette est arrivée à Tdh au lendemain de sa fugue (le 20 mai 2010).

Elle dit être victime de violences psychologiques :

- elle a été reniée par son père depuis sa conception. Plus tard, lorsqu'elle a eu trois ans, il l'a récupérée. Depuis quelques mois, il la renie à nouveau avec pour raison que son frère aurait fait analyser les ongles de la fillette, qui aurait révélé qu'elle n'était pas sa fille ;

- elle a été chassée de la maison familiale de son père par son oncle paternel après avoir brûlé ses effets personnels, et après avoir été renvoyée de l'école pour non paiement des frais scolaires ;

- de retour à Lomé, chez sa mère, celle-ci l'injurie, la dénigre tout le temps devant ses amis, la traite de sorcière.

Elle était en classe de CM2 quand elle a abandonné l'école.

Dans son histoire personnelle, elle serait née d'une relation sans lendemain, et son père aurait renié la grossesse dès la conception. Elle est restée avec sa mère jusqu'à l'âge de trois ans avant d'être récupéré par son père.

A l'âge de 6 ans, elle a assisté à une scène de violence à l'égard de sa mère qui voulait la récupérer des mains de la famille paternelle ; celle-ci a été renvoyée sous la pluie par l'oncle paternel de l'enfant.

Des démarches étaient en cours pour qu'elle rejoigne son père en France lorsque ce dernier la rejette à nouveau, disant avoir fait un test génétique à partir de ses ongles, test qui aurait révélé qu'elle n'était pas sa fille. C'est dans ces conditions qu'elle a été renvoyée par son oncle en l'absence de sa grand-mère qui, selon elle, l'aurait protégé.

Comme conséquences, on note :

- ❖ Sur le plan psychologie :

- Comme réaction, elle s'énerve contre toute sa famille paternelle et sa mère ; contre son père parce qu'il l'a renié et la trimbale (tantôt c'est sa fille, tantôt ce n'est pas sa fille) ; contre sa mère parce qu'elle l'injurie et la traite de sorcière ; contre son oncle qui a brûlé ses effets et l'a renvoyée : contre sa tante paternelle parce que celle-ci a soutenu son oncle et ne l'a pas protégé. On note également une agressivité verbale ;

- du point de vue du vécu psychologique, on note de l'angoisse parce qu'elle se sent seule, de la honte d'avoir été humiliée par sa famille paternelle et sa mère, de l'impuissance, un sentiment de haine et un désir de vengeance ;

- comme impact psychologique, on relève un ESPT manifesté par :

- De la reviviscence : cauchemars traumatiques à thèmes de persécution où elle voit sa mère et son père décédés, qui veulent s'enfoncer avec elle dans un trou, d'où elle est sauvée de justesse par sa nièce sous forme d'un ange; ou c'est sa grand-mère qui appelle des

policiers pour arrêter son oncle qui tente de disparaître, mais finit toujours par être arrêté ; des idées récurrentes du traumatisme

- des troubles de sommeil : sursaut au moindre bruit ; difficultés de concentration,
- une inhibition de la réactivité : isolement et manque de confiance en sa mère.

Depuis trois semaines qu'elle a été recueillie à Tdh, on note un fort désir de quitter Tdh et de rejoindre son oncle maternel à Kara, un fort désir de reprendre l'école.

Cas N°5 : violence physique et psychologique

Pauline a 13 ans et elle est en classe de CEI. Elle est accueillie au centre Oasis Tdh pour un deuxième séjour pour fugue. Elle vit à Lomé au quartier Agoé BKS avec sa mère et son beau-père. Elle est aînée d'une fratrie utérine de 4 enfants dont elle est la seule fille. Elle n'a jamais vécu avec son père et ne l'a vu qu'une seule fois. Ce dernier serait au Bénin actuellement et exerce une profession inconnue de la victime.

La première fugue s'est produite en 2009. Elle aurait fugué après avoir pris cinquante francs à sa mère pour acheter le riz parce que celle-ci l'aurait privé de déjeuner en guise de punition.

La deuxième fugue, il y a environ un mois, fait suite à des menaces de la frapper par sa mère parce qu'elle aurait acheté 100 F d'adémè au lieu de 150F comme la maman le lui a demandé.

La fillette déclare être régulièrement battue par sa mère avec du fil électrique, souvent giflée, injuriée et victime de propos maudissants.

On voit également beaucoup de cicatrices sur son dos, son ventre et ses bras permettant de confirmer la violence physique dont elle est victime.

Pour la fillette, sa maman la frappe quand elle fait une bêtise ; quand par exemple, elle boit la sauce. Mais certaines fois aussi sur des accusations mensongères de ses petits frères de 9 et 6 ans.

Selon la mère, l'histoire de la naissance de la fillette aurait été source de maltraitance pour elle. Elle serait tombée enceinte lorsqu'elle était à l'école. Battue, menacée par son père qui voulait qu'elle avorte, elle avait désirée avorter mais elle n'avait pas eu les moyens de le faire. Elle finit par être renvoyée de la maison avec sa mère qui la soutenait et a pris soin d'elle jusqu'aux derniers mois de la grossesse avant qu'elle ne rejoigne son mari (le père de

la victime) pour accoucher. Ce dernier aurait fait les démarches nécessaires auprès de sa famille après son accouchement. Elle aurait quitté ce dernier en prenant la fuite avec son bébé parce qu'il aurait voulu sacrifier ce dernier pour en faire de l'argent. Le mari n'a jamais cherché à les récupérer et sa famille aussi ne s'est jamais préoccupée de l'enfant. L'enfant a grandi avec sa grand-mère maternelle et lorsqu'elle avait 6 ans, alors qu'elle était à Kara avec sa grand-mère, elle a rencontré son père. Devant son attitude peu responsable, la grand-mère a laissé échapper devant la petite que son père est un sorcier et qu'il aurait tenté de la tuer quand elle était bébé. C'est à la suite de cet incident que la fillette a commencé à voler, à mentir ; et elle vole tout ce qui lui tombe sous la main et n'importe où. Excédée, la grand-mère l'a renvoyée chez sa mère. Là, Pauline a continué ces comportements délinquants.

Selon la mère, la victime est très têtue et elle ne sait plus comment se prendre avec elle. Les encadreurs au centre Oasis la qualifient également d'indisciplinée et d'agressive envers ces camarades.

A cette date, après un mois de séjour à Tdh, la victime ne veut plus retourner chez sa mère. Elle voudrait plutôt aller chez sa grand-mère maternelle à Atakpamé. Sa mère n'aurait pas respecté ses engagements de ne plus la gifler, engagement pris après son premier séjour à Tdh. Elle pense que sa mère ne l'aime pas autant que ses frères.

Comme conséquences de la maltraitance :

- ❖ sur le plan physique : des cicatrices sur le corps
- ❖ sur le plan psychologique :
 - la réaction a été la fugue
 - le vécu se traduit par un sentiment de haine et de rancœur
 - l'impact permet de relever un trouble de personnalité qui est l'agressivité (la victime ne règle ses problèmes que par l'agressivité) ; un trouble de la morale et de la socialisation qui est l'indiscipline et une notion de rêve traumatique où elle voit son père, sa mère et son oncle maternel venu la voir (réviviscence de l'ESPT)

Cas N°6 : violence sexuelle

Antoinette est une fillette de 11ans. Elle est accueillie à Tdh pour menace de maltraitance physique et maltraitance sexuelle. Elle est issue d'une fratrie de 5 frères consanguins dont 4 utérins ; elle est aînée de la fratrie utérine. Son père est un chauffeur à la retraite et sa mère

est ménagère, tous résidant à Vogan. Antoinette est placée chez sa tante paternelle depuis cinq mois. En attendant d'être scolarisée à la rentrée prochaine, elle vend des gâteaux que prépare sa tante.

Antoinette a fugué de la maison il y a cinq jours à cause des menaces de sa tante de la taper après qu'elle ait pris cent francs de la vente de gâteau pour acheter à manger. Elle affirme que c'était la deuxième fois qu'elle prenait de l'argent à sa tante pour manger et que la première fois, sa tante ne lui avait rien fait. Sa tante a l'habitude de lui donner de l'argent pour le déjeuner et ce jour là, elle ne lui en avait pas donné.

Après être partie de la maison, elle avait pour projet d'aller chez une autre tante à Bè-Kpota. Mais en cours de route, elle rencontre un conducteur de taxi-moto qui lui propose de la ramener chez sa tante afin qu'elle puisse s'excuser. Elle refuse au premier abord, et sur son insistance, elle finit par accepter. Ce dernier, au lieu de la ramener chez sa tante comme proposé, l'amène chez lui et la viole avec pénétration vaginale. La victime dit avoir eu très mal et du sang a coulé de son vagin ; elle s'est débattue en criant, mais personne n'était là pour la secourir. Elle a été conduite à Tdh par son oncle et sa tante pour une meilleure prise en charge. L'auteur du viol est actuellement en prison pour cinq ans, selon la victime.

Comme conséquences :

- ❖ sur le plan physique : écoulement du sang du vagin, déchirure du périnée, douleurs pelviennes

Antoinette n'a pas encore subi des examens gynécologiques et médicaux.

- ❖ sur le plan psychologique :

- la réaction a été des pleurs, des cris, la fugue

- à ce jour, il y a une notion de culpabilité et de la colère contre l'agresseur.

Toutefois, aucun trouble psychopathologique à ce jour n'est décelable ; il est encore très tôt pour envisager des conséquences psychotraumatiques. Il n'est pas exclu cependant, que des conséquences psychotraumatiques puissent apparaître à moyen ou à long terme.

Cas N°7 : violence physiques et psychologique

Kévin a 12 ans et il est en classe de 6^{ème} ; il vit avec sa grand-mère dans le quartier Kégué. Son père résiderait en France et sa mère en Belgique. Il ignore la profession de ses parents. Il

a été victime de violence physique et psychologique de la part de sa grand-mère avec des blessures sur le visage et le cou.

Kévin vit avec sa grand-mère depuis l'âge de 5 mois, placé entre temps, à l'âge de 6 ans, dans une famille parente de son père par sa mère à l'insu de la grand-mère, puis retiré par cette dernière quelques mois après (n'ayant pas apprécié ce placement). L'enfant décrit la relation avec sa grand-mère comme une relation permanemment conflictuelle, faite d'injures et de bastonnades fréquentes. L'enfant exténué par une telle relation sort fréquemment pour aller jouer avec ces petits amis, ce qui n'est pas du goût de la grand-mère qui ne fait que multiplier bastonnades et injures. Depuis un an, l'enfant vit en internat à Tsévié, d'où il est rentré depuis le mois de juin chez sa grand-mère parce que malade. Cette récente scène de bastonnades fait suite à des accusations de mise en pièces d'un certains nombre d'objets appartenant à la grand-mère tels que : torche, radio, portable.

Dans son histoire personnelle, Kévin est né d'une relation sans lendemain entre ses parents. Sa mère, encore très jeune et élève, la grand-mère lui aurait retiré l'enfant à cinq mois pour qu'elle poursuive ses études. Elle part ensuite vivre au Gabon avec lui et lorsqu'il eut cinq ans, la grand-mère le ramène à Lomé auprès de sa mère pour troubles de comportement. Cette dernière le confiera à une famille parente de son père (de l'enfant) pour partir en Belgique, d'où il sera retiré par la grand-mère quelques mois après.

Lorsque nous recevons l'enfant, au lendemain de son arrivée à Tdh, il est encore sous le coup du choc : il fait beaucoup de crises de larme, est triste et angoissé à l'idée de retourner chez sa grand-mère. Au cours de l'entretien, il a des difficultés à exprimer ses sentiments et ne peut pas regarder son interlocuteur en face. Il est terrorisé de voir sa grand-mère surgir lorsqu'il se trouve à un endroit inconnu. Il dit faire fréquemment des rêves où il voit ses deux parents venir le chercher pour les rejoindre à l'étranger.

Il décrit sa grand-mère comme très exigeante envers lui, sévère et pense qu'elle ne l'aime pas. Elle cherche toujours à l'accuser et ne veut pas écouter son point de vue.

Au centre, l'enfant s'isole par moment, reste calme, soucieux à l'idée de retourner chez sa grand-mère.

Nous notons beaucoup de blessures sur le visage (au dessus de l'œil gauche, sur la joue) et sur le cou.

Comme conséquences de cette maltraitance nous notons :

- ❖ sur le plan physiques : des plaies sur le corps, notamment le visage et le cou.
- ❖ sur le plan psychologique :
 - la réaction a été des pleurs, la tristesse
 - le vécu est angoissant
 - l'impact psychologique se manifeste par un manque de confiance en soi (ne soutient pas le regard de l'interlocuteur) ; l'isolement ; des rêves traumatiques à contenu banal, une réaction de sursaut.

L'enfant a été réinséré chez une tutrice qui est la maman d'une amie à sa mère.

5.8. Synthèse de l'étude des cas

Une synthèse de l'étude des cas nous permet de relever un âge compris entre 6 et 13 ans, avec une majorité des sujets âgés de 11 à 13 ans (85,71% des cas étudiés). Nous notons également une prédominance féminine, soit 4 filles (57,14%) pour 3 garçons (42,85%). Ceci nous permet de faire le constat que les cas que nous avons étudiés ont les mêmes caractéristiques que notre échantillon d'étude.

Nous avons, en outre, enregistré quatre enfants placés (chez un oncle, une tante, une sœur et une grand-mère), un seul vivant avec ses deux parents et deux vivant avec leur mère (et un beau-père) ; cependant six de ces enfants ont été scolarisés, dont un abandon ; un seul n'a pas été scolarisé.

Les maltraitances retrouvées chez ces enfants sont les maltraitances physiques, les maltraitances psychologiques et les maltraitances sexuelles avec une majorité de maltraitances physiques (5 enfants sur 7), suivi des maltraitances psychologiques (3 enfants sur 7). Il est à noter que deux enfants ont été à la fois victimes de maltraitances physiques et psychologiques.

En terme de conséquences, l'étude des cas a permis de relever des conséquences physiques et psychologiques.

Les conséquences physiques se résument en des blessures sur le corps, des traumatismes crâniens, des cicatrices pouvant se situer à divers endroits du corps (mains, poignets, pieds, dos, ventre, visage, cou,...), des écoulements du sang du vagin, de la déchirure du périnée, des douleurs abdominales.

Les conséquences psychologiques s'articulent autour des réactions, des vécus et des impacts traumatiques.

Nous avons enregistré comme réactions : les pleurs, la tristesse, la colère, la fugue, l'agressivité....Les vécus angoissants, culpabilisants, le sentiment d'impuissance, de honte et d'humiliation, le sentiment de haine et de rancœur, sont l'expression du vécu traumatique retrouvé chez les victimes ayant fait l'objet de l'étude des cas. L'impact psychotraumatique s'est articulé autour des signes dépressifs, d'ESPT, de troubles de développement de la personnalité, de troubles de la morale et de la socialisation.

Au total, les études de cas effectuées sont représentatives de notre échantillon d'étude à tous les points de vue.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

VI. INTERPRETATION EXPLICATIVE DES RESULTATS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

6.1. Les caractéristiques sociodémographiques

6.1.1. L'âge et le sexe

La majorité des enfants que nous avons étudiés a un âge compris entre six et quinze ans, soit 92,65% des sujets. Avant six ans, les enfants sont considérés comme immatures et incapables de comprendre la portée des corrections qu'on leur inflige.

Selon la théorie psychanalytique, 5-6 ans correspond au stade oedipien dans le développement affectif de l'enfant. A cet âge, l'enfant désire le parent de sexe opposé et rivalise avec le parent de même sexe. Dans sa rivalité, l'opposition de l'enfant à l'adulte peut être prise au sérieux par ce dernier dans un contexte d'une vraie rivalité et susciter chez lui une agressivité ; et, dans son désir d'éducation, un besoin de correction de l'enfant pour rectifier ses penchants « pervers ». Or, une correction exagérée se traduit par de la maltraitance de l'enfant.

D'autre part, c'est au cours du stade oedipien que le surmoi émerge et la sortie de ce stade permet à l'enfant d'intégrer les notions d'interdit, de la loi morale et sociale, ce qui lui permet de faire le discernement entre le bien et le mal. L'adulte considérant l'enfant à partir de ce moment comme étant en mesure de faire le discernement et de comprendre le sens de la punition, intègre dans l'éducation de ce dernier, la punition, les réprimandes... C'est l'exagération de cette punition qui devient de la maltraitance.

Les enfants de 11- 15 ans représentent 55,15% des sujets de notre étude. Cette tranche d'âge est celle des bouleversements physiologiques et psychologiques qu'entraîne l'adolescence chez l'individu. Le sujet, à cet âge, se pose les questions de son identité et cherche à s'affirmer comme être distinct, singulier, différent des autres. Dans cette quête de son identité personnelle et ce besoin d'affirmation de soi, le jeune est amené souvent à s'opposer à l'adulte, créant ainsi un climat conflictuel et une rupture de dialogue, ce qui crée un cercle vicieux d'incompréhensions mutuelles. Cette période est également celle de la réactivation des pulsions agressives et de la libido (Bergeret, 2004). L'adulte, dans sa volonté d'éduquer, reste très souvent malheureusement campé sur ses modèles, issus très souvent de ses propres défaillances, avec impossibilité de comprendre les besoins de l'adolescent à ces moments, d'où l'escalade de violence créant la chaîne : violence-entêtement-opposition- violence, entre l'adulte et l'adolescent, d'où la maltraitance de l'adolescent avec son corollaire de répercussions.

Nous avons trouvé une prédominance féminine, soit 76,47% de notre population d'étude ; ce qui fait une proportion très importante. En Afrique, l'éducation de la jeune fille est très importante et rigoureuse par rapport à celle du garçon. En effet, la fille, future mère et responsable de foyer, doit avoir une bonne éducation morale qu'elle transmettra à ses futurs enfants. En plus, c'est la fille qui est chargée des tâches ménagères et, lorsqu'elle ne les exécute pas correctement ou pas du tout, elle est soumise à une punition. C'est encore la fille qui est assez vite déscolarisée pour être placée chez des tuteurs comme domestique ou chez des parents (tante, oncle, cousins,...) pour les aider dans les tâches ménagères. En effet, lorsque la famille rencontre des difficultés financières pour assurer la scolarité des enfants, les filles sont sacrifiées au profit des garçons. Elles sont encouragées à abandonner l'école ou retirées de force de l'école pour être placées. Ainsi, les revenus qu'elle fera pourront contribuer à la scolarité des garçons et à la survie de la famille. Or, les enfants domestiques sont souvent exploités, abusés physiquement et négligés, et souvent sujets à des privations et menaces et bien d'autres abus moraux et souvent encore mal payés ou pas du tout payés.

Nous avons justement relevé dans notre étude 20,59% d'enfants domestiques et 44,12% d'enfants qui n'ont pas réussi à préciser s'ils sont domestiques ou s'il s'agit de simple placement. Par ailleurs, 72,79% des victimes de notre étude sont placés.

6.1.2. Nationalité, région d'origine, provenance

La majorité des enfants sont de nationalité togolaise (68,38%) et la plupart sont originaires de la région maritime (45,59%). On relève une bonne proportion des étrangers (27,94%) et 88,24% des enfants provenant de la ville de Lomé. Lomé est une des grandes villes du Togo. A l'image de la plupart des villes africaines, Lomé attire beaucoup d'immigrés aussi bien nationaux qu'étrangers et parmi ceux-ci on dénombre les jeunes et les enfants qui, chassés de leurs villages par la pauvreté et la misère de leurs parents, sont entraînés à l'exode rural, espérant de meilleures conditions de vie en ville. Ou au contraire, ils sont placés chez des tuteurs (parents proches ou lointains, ou inconnus) qui leur promettent un avenir meilleur. C'est le cas de cette fillette de 11 ans, jamais scolarisée et qui est placée chez sa tante depuis 4 mois. Elle espère être scolarisée à la rentrée prochaine et nous déclare ce qui suit : « *dans mon village, les filles se marient vite et font des enfants. Je ne veux pas y retourner, je veux rester avec ma tante. Elle m'a dit que j'irai à l'école à la rentrée prochaine. Je veux fréquenter pour devenir quelqu'un un jour* ». Cette fillette a fugué de chez sa tante parce que

celle-ci menaçait de la battre à cause d'un vol présumé de 100F issus des recettes de gâteaux, pour acheter à manger.

Par ailleurs, le centre Oasis de la Fondation Terre des Hommes où nous avons fait notre recherche, est basé à Lomé ; la forte proportion des enfants résidants à Lomé peut s'expliquer par la proximité du centre d'accueil. Cependant, l'importance des étrangers s'expliquerait aussi bien par l'exode rural que par le phénomène de trafic transfrontalier des enfants. Il s'agit essentiellement des enfants venant des pays limitrophes (Ghana, Bénin, Côte-d'Ivoire, Nigéria...).

6.1.3. La situation des parents

Les deux parents des enfants étudiés sont vivants dans 54,41% des cas et 19,11% ont un des parents décédés. Par contre 72,79% des enfants vivent séparés des deux parents. En Afrique et au Togo, il est de coutume d'envoyer son enfant chez des parents proches ou lointains vivant en ville pour leur assurer un avenir meilleur. Dans ce cas, l'enfant peut se trouver séparé de ses parents et placé, même si ses parents sont vivants. Mieux encore, si les parents sont séparés ou divorcés ou si l'enfant est issu d'une union d'un jour, l'enfant est placé pour permettre à ses parents, souvent jeunes, de poursuivre leurs études ou de refaire leur vie. Nous pouvons citer l'exemple de ce jeune garçon de 12 ans dont le père vit en France et la mère en Belgique, qui a dû être placé chez la grand-mère depuis l'âge de 5 mois, pour permettre à sa mère, jeune à l'époque, de poursuivre ses études. Ce dernier est victime de maltraitance physique et psychologique de la part de la grand-mère qu'il considère comme très sévère envers lui, et il tremble à l'idée de voir la grand-mère surgir. 32,35% des parents des enfants étudiés sont divorcés ou séparés. Certaines fois, les parents sont polygames et n'arrivent pas à assurer leur responsabilité ; ils placent donc les enfants pour alléger leur responsabilité parentale. 15,44% des enfants de notre étude sont issus de familles polygames. La polygamie en elle-même constitue un facteur de risque de maltraitance.

6.2. Les différents types de maltraitements

6.2.1. Temps écoulé entre la maltraitance et le signalement, puis nombre de fois où la maltraitance s'est produite

La quasi-totalité des maltraitements se font de façon répétitive, d'où 89,71% des victimes ont subi les maltraitements plus de trois fois. Ceci nous laisse dire que la maltraitance des enfants et des adolescents est pratiquée de façon permanente.

Marion (2008) pense que c'est la répétition qui signe la maltraitance physique, quelle que soit la force des coups portés, qu'il s'agisse de simples gifles, de fessées, raclées ou ruées de coups.

En effet, la violence éducative est considérée comme normale dans nos sociétés et se pratique de façon courante dans les familles, car un enfant ne saurait être éduqué correctement sans punition corporelle. Cependant, lorsqu'un parent, sous prétexte de punir son enfant, déploie sa force physique sur ce dernier, causant ainsi des conséquences physiques (lésions) ; ou lorsqu'il se sert de la punition corporelle ou morale (insultes, dénigrement ...) pour décharger la tension causée par la colère qui monte en lui et qu'il se sent soulagé après avoir puni, nous sommes tentée de nous demander à qui bénéficie la punition : au parent ? Ou à l'enfant puni ? Il paraît évident que la punition qui est correction de l'enfant, lorsqu'elle doit procurer un soulagement ou un plaisir au parent qui punit, n'est plus une correction, mais au contraire une maltraitance, un abus susceptible de provoquer des conséquences aussi bien physiques que psychologiques sur l'enfant.

6.2.2. L'auteur de la maltraitance

Les tuteurs sont ceux qui maltraitent le plus les enfants (30,88%), puis les tantes (16,18%), les pères 12,50%....Si nous considérons cette répartition, nous pouvons dire que les auteurs sont des personnes qui sont chargées de l'éducation des enfants. Ceci nous permet de réaffirmer avec une plus grande certitude que la maltraitance des enfants au Togo est essentiellement domestique et qu'elle est à visée éducative. Cette maltraitance est perpétrée par des personnes qui ont la charge de l'éducation des enfants.

Il est à noter qu'en Afrique, il est culturellement accepté qu'un parent confie à un autre parent proche ou lointain, ou à un ami, son enfant, dans un souci de bien-être et de meilleure éducation de ce dernier. Ce qui explique que le trafic interne est banalisé, et même accepté comme normal par la société.

Ajuriaguera (1980) pense que les parents maltraitants ont une notion aberrante des capacités de compréhension des enfants ; un vécu des attitudes de leur enfants comme révolte dirigée contre eux, non reconnaissance des devoirs envers eux, et non soumission à l'autorité qu'ils se sont octroyée ; une attitude éducative rigide, rigoureuse et punitive qui est en fait une défense contre la crainte qu'ils « tournent mal » ; une projection de leurs propres conflits et un défaut de métabolisation de leurs tendances agressives.

Galdston (cité par Ajuriaguera, op. cit.) lui considère que ces parents ne diffèrent pas des autres par la quantité ou la qualité de leur potentiel de violence ; ils pensent que c'est dans la maîtrise de ce potentiel qu'ils ont échoué, car ils n'ont pas acquis la capacité d'abstraire, de symboliser et de déplacer la colère dérivée de la frustration de leur désir. Il ajoute qu'ils se sentent offensés par leurs jeunes enfants préverbaux parce que ceux-ci leur rappellent une situation de passé personnellement frustrante qu'eux-mêmes n'ont pas été capables de maîtriser et d'assimiler.

Ajuriaguera (op. cit.) ajoute que le passage à l'acte agressif dépend de circonstances diverses : du point de vue de l'âge, il peut s'agir chez le nourrisson de cris, de pleurs ou refus de réglage des fonctions physiologiques élémentaires (alimentation, sphincters...) et chez l'enfant plus âgé, d'instabilités ou tout élément considéré comme étant une opposition ; parfois l'enfant est le bouc émissaire des réactions agressives inter-conjugales ou brutalisé parce qu'il interfère dans les disputes du couple. Le plus souvent, l'un des conjoints accepte passivement ou incite même l'autre à sévir. C'est le cas de cette fillette de 13 ans accueillie à TDH pour maltraitance physiques et psychologiques qui nous déclare que son beau-père (mari de la mère) ne la tape pas, mais ne fait rien pour la défendre lorsque sa mère la tape ; et la mère d'ajouter que son mari ne s'implique plus dans les problèmes de sa fille depuis que cette dernière lui volé de l'argent.

Chez la plupart des parents, dit Ajuriaguera (op. cit.), les brutalités ne s'accompagnent pas de culpabilité puisqu'ils se sentent dans leur droit.

Marion (2008, P.2) confirme ce constat en ces termes : « *Les parents maltraitants sont persuadés d'être dans leur droit ; ils pensent agir pour le bien de l'enfant ; ou tout au moins, ils tentent de s'en persuader pour éviter la culpabilité qu'engendre inévitablement les débordements de leur comportement, et encore, à condition qu'ils soient conscients de la portée de leurs actes* ».

Mais chez certains, les réactions d'agressivité caractérielle peuvent aller de pair avec un certain désarroi et sentiment de faute. Nous avons en souvenir les propos de cette mère qui estime que c'est seulement sous la menace que sa fille avoue lorsqu'elle commet une faute. Pour cette mère, en effet, il va de soi qu'elle use de menace pour faire avouer son enfant.

Et cet enfant qui nous dit avoir été battu et attaché devant sa mère qui ne l'a pas secouru et lorsqu'il a réussi à se défaire de ses liens, cette dernière, l'y a remis, en l'absence du père.

Nous constatons également que seulement 2,94% des enfants ont été maltraités par leur deux parents, 5,15% par les mère uniquement et 12,50% par des pères seuls. Nous avons vu précédemment que la majorité des enfants est placée (72,79%) et que seul 7,35% des enfants vivent avec les deux parents ; nous pouvons donc déduire que le placement est un important facteur de risque de maltraitance des enfants et des adolescents. Mais également la monoparentalité ; 12,50% des pères et 5,15% des mères ont maltraité les enfants et 19,85% des enfants vivent avec un seul parent.

6.2.3. Les maltraitements physiques, psychologiques et sexuelles

Les maltraitements physiques (84,56%), les maltraitements psychologiques (69,11%) et les maltraitements sexuelles (10,29%) ont été retrouvés chez les victimes ayant fait l'objet de notre étude. Ces trois formes de maltraitance en termes psychopathologiques sont des événements traumatisants ou traumatogènes en ce sens qu'ils peuvent entraîner chez l'individu un bouleversement de l'ordre des choses aussi bien sur le plan somatique que sur le plan psychique.

Crocq (cité par Ponseti-Gaillochon, A., Duchet C. & Molenda, S., 2009) explique que toute situation traumatogène confronte la victime à la perte « de son mythe d'invulnérabilité ».

Du point de vue psychanalytique, la violence externe exercée dans la réalité d'un sujet par un autre devient violence insupportable parce qu'elle véhicule à l'intérieur de soi, toute sa part d'inhumanité et de destructivité. Ainsi, ce qui fait violence, c'est tout d'abord la force, la brutalité, mais également l'effet de rupture de l'événement traumatique : rupture psychique, mais aussi de l'ordre du sujet qui subit l'événement (Ponseti-Gaillochon, A., Duchet C. & Molenda, S., op. cit.).

De ce point de vue, la maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle est maltraitance parce que non seulement elle est violente et brutale, mais surtout parce que le sujet la vit dans sa subjectivité comme violence.

Lagache, Laplanche & Pontalis (2003), dans leur définition de l'événement traumatisant, mettent l'accent sur « l'intensité » de l'événement qui renvoie à l'idée de violence, puis l'inadéquation de la réponse du sujet qui, dans un fonctionnement psychique normal, n'aurait pas eu lieu. Ce qui renvoie à une désorganisation psychique du sujet qui subit l'événement violent ou hors norme.

L'événement externe (maltraitance physique, psychologique et sexuelle) menace l'intégrité du sujet : le Moi est attaqué du dedans comme il est attaqué du dehors et Freud (cité par Ponseti-Gaillochon, A., Duchet C. & Molenda, S., op. cit.) fait ressortir la notion de la réactivation d'une menace interne. L'attaque est interne et externe, dans la mesure où deux individus peuvent subir le même événement, avec la même intensité externe, mais le débordement interne peut tout à fait être différent ou même opposé. Le vécu subjectif du sujet est alors important dans l'appréciation de l'événement externe.

L'effet de surprise créé par l'événement traumatisant est une dimension essentielle du choc traumatique. Pour Freud, le choc est traumatique dans la mesure où le sujet n'a pas eu le temps nécessaire pour mettre en alerte son système de défense. Lorsque le sujet s'attend à un événement, il met en route un système de défense plus ou moins protecteur, dominé par les affects et faisant appel à des représentations (Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda., op cit). L'irruption de la violence par surprise crée la stupeur et l'effroi qu'on retrouve chez les sujets confrontés à un événement traumatogène.

Par ailleurs, les abus sexuels (13,24% des sujets de cette recherche) pourraient être expliqués, d'un point de vue psychanalytique, à la fois par la violence et la séduction. Freud, dans sa théorie de la séduction, avait constaté que ces patientes hystériques revivaient des scènes sexuelles mêlées de violences avec leur père ou un substitue paternel.

Ferenczi (cité par Audet & Katz, 2006), reprenant cette théorie freudienne sur la séduction, explique l'amour respectif entre l'adulte et l'enfant. L'enfant, selon lui, aurait des fantasmes ludiques dont la forme érotique reste toujours au niveau de la tendresse. L'adulte qui éprouve un sentiment d'ordre personnel, se laisse entraîner à des actes sexuels par confusion entre les jeux d'enfant et les désirs sexuels d'une personne mature. Dans cette situation, l'enfant est incapable de s'opposer ou de fuir car il est submergé par une peur intense entraînant chez lui une grande inhibition psychomotrice. L'autorité de l'adulte ne lui permet pas de protester. C'est donc la peur qui entraîne la soumission de l'enfant à l'acte sexuel avec l'adulte. C'est alors que se produit une modification psychique chez l'enfant devenu victime avec introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte. Il en résulte une confusion venant d'un clivage : l'enfant est à la fois innocent et coupable.

Nous remarquons justement que seules les tranches d'âge de 6 à 10 ans, de 11 à 15 ans et 16 à 20 ans sont touchées par les maltraitances sexuelles avec respectivement 5,9%, 15% et 17% des effectifs de ces tranches d'âge. Ce qui relève un fort taux des adolescents (11 à 15 ans et

16 à 20 ans). L'adolescence a cette particularité d'éveiller les désirs sexuels du sujet adolescent qui sont essentiellement des fantasmes ludiques dont la forme érotique reste toujours au niveau de la tendresse (Ferenczi, cité par Audet & Katz, 2006).

En nous appuyant sur le point de vue psychanalytique, nous définissons le traumatisme psychique comme une blessure psychique par effraction du pare-excitation. Ainsi, la maltraitance (physique, psychologique ou sexuelle) des enfants constitue un traumatisme psychique, dans la mesure où elle provoque une blessure psychique par effraction du pare-excitation. Dans ces conditions, la force de la maltraitance, de part son intensité (lorsque cette intensité dépasse les capacités de résistance de l'enfant) ou sa brutalité (lorsque l'enfant n'est pas suffisamment préparé pour y faire face) dépasse les capacités de résistance du pare-excitation du sujet. Le pare-excitation ne pouvant plus y faire face, le psychisme se trouve blessé. Cette blessure peut aller au-delà du pare-excitation et atteindre les autres zones du psychisme tels que le Conscient, le Préconscient et l'Inconscient (selon la première topique), ou au contraire le Surmoi, le Moi et le Ça (selon la deuxième topique). Le degré de la blessure dépendra donc de la zone atteinte.

Or, nous savons que le Moi et le Surmoi (le Conscient et le Préconscient) se mettent en place progressivement chez l'individu, au cours du développement, grâce aux interactions avec l'environnement. Cela nous laisse dire qu'un enfant chez qui le Surmoi et/ou le Moi ne sont pas encore constitués, la blessure psychique, après effraction du pare-excitation, peut atteindre le Ça (ou l'Inconscient), provoquant une blessure psychique grave, pouvant donner lieu, à des bouleversements profonds dans le développement de la personnalité (et générer à long terme, les psychoses par exemple). Cependant, l'enfant chez qui le Surmoi et/ou le Moi (le Conscient et/ou le Préconscient) sont mis en place, pourra être modérément traumatisé, si ce sont ces instances qui sont touchées par la blessure psychique, dans ce cas, on pourra observer des modifications plus ou moins graves dans le développement de la personnalité (pouvant générer à long terme, des névroses, des troubles d'état limité). Il faut noter cependant, que la blessure psychique, même quand elle ne touche que l'enveloppe protectrice, lorsque qu'elle n'est pas « pansée », peut, à l'image d'une blessure physique (qui n'a pas reçu de soin), « gangrener » et atteindre ainsi les parties profondes du psychisme.

Quel que soit le niveau de développement psychique de l'individu, d'autres éléments telle que la répétition de l'événement traumatisant peuvent créer soit l'accoutumance, favorisant la

résistance (résilience) du sujet ou au contraire la sensibilisation, favorisant dans ce cas le traumatisme psychique.

Dans le cas de notre étude, certains enfants ont été traumatisés, à force de répétition de la maltraitance, par sensibilisation (c'est l'exemple des cas n° 3, 4, 5, 7 de notre étude) ; d'autres par contre ont présenté l'accoutumance à force de répétition. Nous pouvons citer l'exemple de ce garçon de 13 ans qui préfère retourner chez son père malgré la maltraitance que celui-ci lui inflige et dit être habitué.

6.3. Les conséquences des maltraitances

Toutes les victimes de notre étude ont présenté des conséquences psychologiques, alors que seulement 23,53% ont manifesté des conséquences physiques (plaies, écorchures, brûlures, cicatrices, fractures...). On a souvent remarqué que les lésions physiques des traumatisés d'agressions diverses ou des catastrophes sont sujettes de beaucoup d'attention de la part des autorités et des équipes soignantes, alors que l'aspect psychologique du traumatisme n'est pas pris en compte.

De Clercq (2001) constate que dans la plupart des services des urgences, les femmes victimes d'agressions sexuelles ne sont pas prises en charge psychologiquement. Selon lui, on s'accorde plus à leur donner la pilule du lendemain, à faire la prévention de la contamination par le virus HIV alors qu'on ne leur accorde pas la possibilité d'exprimer leur vécu et leur ressenti. Ce constat contraste violemment avec les résultats que nous avons obtenus et qui font ressortir l'importance des conséquences psychologiques qu'un événement traumatisant (humain, naturel, accidentel...) peut produire chez un sujet humain qui y est confronté.

6.3.1. Les conséquences biopsychologiques

Les conséquences physiques lors d'un événement traumatogène sont la manifestation physique, somatique, visible des dégâts causés par l'événement traumatogène. Le traumatisme physique est un choc violent qui est susceptible de provoquer une effraction du revêtement cutané ou qui produit une conséquence sur l'ensemble de l'organisme (Lagache, Laplanche & Pontalis, 2003). L'importance des conséquences physiques peut aggraver les conséquences psychologiques. Les blessures graves lors d'un événement traumatogène ont un impact intrapsychique évident et les patients dans ces cas développent des séquelles psychotraumatiques importantes (De Clercq, 1996, cité par De Clercq & Lebigot, 2001).

Ainsi les traumatismes physiques relevés dans notre étude sont des plaies fraîches (14,71%) ou cicatrisées (2,94%), des écorchures (5,88%), les fractures (0,74%), la cassure de la tête (0,74%), les érythèmes (0,74%). Les plaies fraîches et cassure de la tête s'observent souvent dans des situations de choc violent et d'effraction du revêtement cutané et très souvent en cas de violence grave et répétée sur l'enfant. C'est le cas de ce garçon de 6 ans qui a été battu et attaché aux mains et aux pieds par son père et qui témoigne d'un traumatisme crânien avec effraction du revêtement cutané. Ce même garçon présente beaucoup de cicatrices sur le corps, signe de lésions anciennes et témoignage de la fréquence de la maltraitance de ce dernier. Cette autre fillette ayant présenté un traumatisme fermé, c'est-à-dire sans effraction, aux poignets après avoir été attachée pendant plusieurs heures ; traumatisme fermé dans ce cas parce que la lésion se trouve à l'intérieur de la peau et n'est visible qu'à travers les enflures des poignets. Chez cette dernière également, on observe de nombreuses cicatrices sur la peau, expression de lésions anciennes. D'autres cas de traumatismes physiques se manifestent par des érythèmes, c'est-à-dire des « bleus » sur la peau, qui marquent l'impact du choc violent.

Par ailleurs, dans le cas des violences sexuelles, l'impact du traumatisme physique peut se manifester par une déchirure du périnée (2,21%) avec écoulement sanguin (1,47%) et quelques fois des infections génitales (1,47%).

Quel que soit la nature du traumatisme physique, très souvent, les conséquences psychotraumatiques, sont les plus importantes sur les sujets, et elles peuvent être à court, à moyen ou à long terme. L'importance des traumatismes physiques est déterminante dans le développement des troubles psychotraumatiques ; leur existence ou leur importance peut aggraver le traumatisme psychique. Cependant, le développement des conséquences psychotraumatiques se fait sans traumatisme physique.

6.3.2. Les conséquences psychologiques

Nous avons relevé comme conséquences psychologiques chez les sujets de notre étude, 90,44% de réactions qui sont habituellement immédiates (quelques minutes à quelques jours), 73,53% de troubles psychopathologiques de l'impact qui relèvent de l'après-coup, l'après traumatisme (quelques jours à plusieurs mois, voir plusieurs années), 45,59% de vécu du traumatisme qui constituent ce qu'on peut encore appeler le ressenti de l'après-coup du traumatisme qui se manifeste également à moyen et à long terme.

L'expérience traumatique se définit par un apport d'excitation excessif par rapport à la tolérance de l'appareil psychique, provoquant une détresse du sujet par l'impossibilité d'élaboration psychique. Dans l'expérience traumatique, les défenses du sujet sont débordées. L'enfant se trouvant dans une telle situation avec la détresse que cela entraîne et sans défense, même de la part de l'adulte qui était censé le protéger, perd ses repères. Devant cette désorganisation psychique et biologique, il n'a d'autres solutions que de fuir, à la recherche de milieu plus sécurisant. Quelques fois même, il fuit sans réaliser où il va. D'où 77,21% de fugues retrouvées parmi les enfants étudiés (Tableau XXV).

Freud et Ferenczi (Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda, 2009) s'étaient entendu un moment pour classer la névrose traumatique comme affection narcissique, plaçant en partie cette pathologie sous le sceau de la « perte » : perte de l'unité psychique, mais également perte des repères solides dans la construction de la personnalité de chacun, qui a à voir avec les bases narcissiques héritées de l'enfance. C'est cette perte des repères dans la construction de la personnalité qui peut expliquer la fugue chez la plupart des enfants victimes de maltraitance (cas étudiés numéro 5, 6 et 7). Ainsi, à partir des théorisations de Freud, Janet et Fénichel, Crocq (1997- 1999, cité par Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda, op. cit.) développent trois types de pertes auxquelles confronte l'expérience traumatique.

- L'illusion d'invulnérabilité : chaque homme entretient en lui, tant qu'il n'est pas en danger, un fantasme d'invulnérabilité. Ce dernier s'inscrit dans l'idée que nous pouvons vivre en sécurité et en paix sans risquer à tout moment d'être agressés, violentés, perturbés par un événement nous rendant vulnérable, quelle qu'en soit la nature. Au moment où survient l'événement traumatisant, cette illusion s'envole en éclat : l'homme prend la mesure de sa propre vulnérabilité, de ses limites physiques et psychiques, véritable blessure qui vient s'ajouter à celle de l'événement.

- L'écroulement de la croyance en un environnement physique sécurisant, solide et protecteur. Pour vivre, l'homme a besoin d'avoir une certaine confiance dans le monde qui l'entoure, sans imaginer à tout instant qu'une défaillance environnementale pourrait lui nuire, voire l'anéantir. Et de nouveau, la rencontre traumatique vient lui signifier que l'extérieur est une menace potentielle pour lui, l'exposant ainsi à un sentiment d'insécurité profond et dévastateur.

Devant cet écroulement de la croyance en l'environnement physique, le sujet est amené à chercher d'autres possibilités de protection contre cet environnement, d'où la fugue observée chez les enfants victimes de maltraitance étudiés (tableau XXV).

- La chute de la conviction que l'humanité est bonne, sous-tendue par la théorie de Rousseau qui suppose l'autre bon, aimant, susceptible de porter secours à son prochain. Pour supporter l'altérité sans souffrance, la rencontre avec l'autre, l'homme a besoin d'avoir confiance en son groupe d'appartenance. Or, dans le cas d'un événement traumatisant, le groupe ou l'individu peut devenir défaillant, soit parce qu'il est lui-même agresseur, soit parce qu'il ne parvient pas à soustraire la victime du traumatisme et de ses effets. Dans le cas de cette étude, le groupe familial lui-même est défaillant dans la mesure où les auteurs de maltraitance proviennent de la famille dans 97,79 % des cas (tableau XV).

Crocq (1997, cité par Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda, op. cit) conclut que face à ce triple effondrement narcissique, dépouillé de toutes nos convictions sécurisantes, démunis de tout moyen de défense, nous nous trouvons sans secours, abandonnés. Ceci peut expliquer la fugue retrouvée chez 77,21% des enfants étudiés (tableau XXV).

Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda (op. cit.) pensent que l'expérience traumatique génère chez l'individu un sentiment d'abandon, de solitude et d'exclusion qui peut être extrême. Ils ajoutent que l'événement semble avoir ébranlé le fondement du sujet, ses valeurs, ses bases de construction dans son rapport avec le monde. Le sujet, devenu vulnérable, ne se reconnaît plus, a perdu toute confiance en lui-même, dans l'environnement et dans l'autre. De ce constat, nous pouvons bien comprendre que l'enfant et l'adolescent (êtres en développement) se trouvent encore plus fragilisés et choisissent de fuir l'environnement et l'autre, l'adulte devenu insécurisant. D'où les fugues que nous avons enregistrées dans 77,21% des cas.

Les auteurs précités notent par ailleurs que certains sujets confrontés à l'événement traumatisant se trouvent dans un état de confusion : « *ils sont frappés d'une désorganisation majeure au niveau du temps et de l'espace, ils ne savent plus bien qui ils sont, ce qu'ils venaient faire là, ils ont perdu toute notion du temps et de la réalité* » (p. 44)

L'enfant frappé par cet état de confusion peut quitter la maison sans réaliser ce qu'il faisait et où il allait. C'est l'exemple des cas étudiés numéro 5 et 6, où des fillettes de 13 ans et 11 ans ont quitté les domiciles de leurs tuteurs respectifs sans une réelle idée de leurs destinations.

Zajde déclare : « *le traumatisme peut être considéré comme un agent de destruction de la psyché, par conséquent le seul agent dont on peut dire qu'il la modifie à coup sûr* » (1998, cité par Posenti-Gaillochon, Duchet & Molenda, op. cit., p.44).

Cette modification peut bien entendu, être durable mais aussi ponctuelle, limitée dans le temps. Limitée dans le temps, dans la mesure où la blessure psychique est superficielle ; et durable, si la blessure psychique atteint des zones sensibles du psychisme.

Enfin, ces auteurs pensent qu'une autre désorganisation immédiate, difficilement repérable, peut être la dissociation de la personnalité qui désigne les vécus d'irréalité, de flou, où l'événement est vécu comme dans un film et le sujet y assiste en tant que spectateur.

Du point de vue psychanalytique, le sujet dissocié est en proie à une division de sa psyché, au clivage où une partie de lui prend la mesure des faits réels alors que l'autre s'y soustrait. Dans ces états de dissociation, des phénomènes de déréalisation, de dépersonnalisation conduisent parfois à des passages à l'acte, court-circuitant la pensée, dans une dimension destructrice de soi ou des autres.

Dans ces situations de bouleversement psychique, les réactions du sujet peuvent s'accompagner d'émotions telles que les pleurs, observées dans 15,44% des cas, la colère (2,94%), l'hébétéude, et des comportements telles que l'agressivité, la méfiance envers tout (2,21%).

Ces bouleversements psychiques vont organiser les vécus traumatiques tels que l'angoisse (36,03%), Le sentiment d'impuissance (4,41%), la honte et la souillure (3,68%), la culpabilité (2,94%), le sentiment de révolte (0,74%).... signe d'un mal être intérieur, d'une désorganisation, d'une déstructuration, d'un bouleversement de l'appareil psychique susceptible d'entraîner des troubles psychopathologiques au long cours.

Selon Posenti-Gaillochon, Duchet & Molenda (op. cit.), les sentiments de culpabilité et de honte (tableau XXVI) qui apparaissent dans le vécu traumatique, naissent en grande partie de l'expérience « *d'avoir vu, vécu, ce qu'il était interdit d'approcher* ». Le fait de s'être cru mort et finalement de rester vivant, donne à l'homme la sensation d'avoir transgressé un interdit majeur.

La honte fait appel à un registre plus archaïque et plus narcissique que la culpabilité, car elle est éprouvée face à un idéal (idéal du Moi) et non face aux interdits (du côté du surmoi). Les auteurs soutiennent l'idée que celle-ci est liée à la perte du sujet (et non de l'objet) dans

laquelle on retrouve l'idée d'indignité (indignité de vivre, d'être). L'absence de mots pour décrire l'expérience traumatique fait sortir l'homme de son humanité : l'homme est déchu de son rang d'être parlant. La honte peut aussi renvoyer à des sensations lointaines : la honte d'être nu ou d'être à nu, la honte d'avoir été un animal dépourvu de langage et à la merci des soins venus des autres pour vivre. La honte laisse place à des moments mélancoliques durant lesquelles le sujet se vit comme moins que rien, perdant tout espoir et tout élan vital, retournant la haine contre lui-même.

La culpabilité par contre, liée à la transgression d'une faute (réelle ou imaginaire), maintient plus facilement le sujet dans le lien objectal. La culpabilité signe une subjectivation possible de l'expérience. Alors que, lorsqu'elle semble totalement absente, elle laisse place à une victimisation, voire à des sentiments de persécution tenaces, où pour le sujet, tout vient de l'autre, il n'a rien à voir là-dedans, empêchant le patient à tenir place de sujet

Ces vécus traumatiques sont le socle sur lequel s'organisent les complications psychotraumatiques. Les complications psychotraumatiques habituellement rencontrées chez un sujet adulte sont : l'ESPT, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les modifications de personnalité, les troubles de conduite et les troubles psychotiques (De Clercq & Lebigot, 2001).

La théorie psychanalytique, définit le traumatisme psychique comme une effraction du pare-excitation (enveloppe protectrice du psychisme), cette effraction provoquant une blessure psychique. L'importance de la blessure psychique devant être considérée en fonction de l'étendue de cette effraction, qui peut déborder le pare-excitation et atteindre les différentes parties du psychisme. Les conséquences psychotraumatiques dépendront, dans cette logique, du degré du traumatisme psychique, c'est-à-dire de l'étendue de l'effraction psychique et donc de la zone atteinte par la blessure psychique.

Cependant, le développement des troubles psychotraumatiques (73,53% des sujets de cette étude, tableau XXVII) dépendrait de l'organisation préalable de la personnalité du sujet. La théorie psychanalytique (Bergeret, 1996) décrit deux organisations fixes de la personnalité et un aménagement intermédiaire qui pourrait évoluer, en fonction des circonstances, en organisation fixe.

Ainsi, un sujet adulte confronté à un traumatisme psychique développe un ESPT (19,65% des sujets de notre étude), des syndromes dépressifs (17,65% des sujets de cette étude), des modifications de la personnalité (65,44%), des troubles de conduite (18,38%), ou encore des

troubles anxieux et des troubles psychotiques, parce que préalablement organisé sous un mode donné.

Selon la conception psychanalytique (Bergeret, 1996), un sujet en face d'un traumatisme psychique développe une pathologie psychotique sous une forme variée (schizophrénie, paranoïa, mélancolie) parce que préalablement organisé sous un mode psychotique.

En effet, lorsqu'un traumatisme psychique survient dans la petite enfance, précisément au stade oral (première année de vie) ou au début du stade anal (deux, trois ans), il a comme conséquence une désorganisation de la personnalité. Cette désorganisation va préorganiser la personnalité sous un mode psychotique. Cette préorganisation peut à l'adolescence, devenir une structure psychotique fixe ou au contraire (dans des cas rares), évoluer vers une structuration névrotique (lors d'une cure par exemple à l'adolescence). C'est ce qui explique qu'un sujet de structure psychotique, devant un nouveau traumatisme aura tendance à développer un trouble psychotique.

Le sujet développerait un trouble dépressif s'il est aménagé limite. Il ne s'agit pas d'une organisation fixe, mais d'un aménagement provisoire. Dans ce cas un traumatisme psychique serait survenu au début de l'oedipe (quatre, cinq ans), c'est-à-dire au moment où le sujet a passé sans grande difficulté les stades oral et anal, et aborde la génitalisation oedipienne. Ce traumatisme agit comme premier désorganisateur psychique et a pour conséquence immédiate de stopper l'évolution libidinale du sujet dans une sorte de pseudo-latence. Cette pseudo-latence va recouvrir toute la période de la latence, celle de l'adolescence et une partie de la période adulte, quelques fois toute la période adulte jusqu'à la mort. C'est ce que Bergeret (op. cit.) appelle « le tronc commun des états limites ». Il s'agit d'un aménagement de la personnalité qui n'est pas une structuration fixe, à l'image des structurations névrotique et psychotique, et qui pourra évoluer en structuration fixe (névrotique ou psychotique) ou demeurer ainsi. Un traumatisme ultérieur que Bergeret (op. cit.) a appelé « traumatisme désorganisateur tardif », survenant à l'âge adulte, provoquera l'éclatement du tronc commun soit en un accès aigu d'angoisse conduisant en une régression psychosomatique ; soit en une structuration psychotique, surtout mélancolique, mais également en des formes hallucinatoires chroniques et des formes délirantes paranoïdes, à évolution tardive ; soit enfin en une structuration névrotique, surtout hystérophobique et obsessionnel. Ces différentes orientations pouvant conduire le sujet à développer les différents troubles psychopathologiques (névrotique, psychotique ou psychosomatique). Cependant, lorsqu'il ne

se produit pas cet éclatement pouvant conduire à des organisations fixes, le sujet reste aménagé limite et le Moi est menacé dans ce cas, par l'angoisse dépressive. Une décompensation psychopathologique dans ce cas conduira à la dépression anaclitique.

Un sujet en face d'un traumatisme psychique développe un trouble névrotique s'il est organisé sous un mode névrotique. L'organisation névrotique se fait à la suite de frustrations légères entraînant des fixations pré-génitales modestes au moment du deuxième sous-stade anal. Dans ces conditions, le sujet passe le stade anal et le stade phallique sans beaucoup de difficultés et peut accéder à la triangulation génitale sans trop grandes frustrations. A la latence, il s'opère un arrêt momentané de l'évolution structurelle. Il s'agit de la préorganisation névrotique. Un sujet préorganisé sous un mode névrotique, lorsqu'il fait face à un traumatisme ou un conflit particulièrement intense, à l'adolescence, aurait comme conséquence, le passage de la préstructuration névrotique vers la structuration psychotique définitive. Mais, dans la plupart des cas, les sujets préstructurés sur un mode névrotique évoluent vers une structure névrotique fixe à l'adolescence. Et dans ce cas, lorsqu'un tel sujet fera face à un traumatisme ultérieur à l'âge adulte, la décompensation psychopathologique sera névrotique (hystérique ou obsessionnelle).

La conception psychanalytique décrit deux types de traumatisme : un premier traumatisme désorganisateur se produisant à l'enfance et susceptible de structurer la personnalité d'une certaine façon ; un deuxième traumatisme à l'âge adulte, déclencheur cette fois d'un trouble psychopathologique précis en fonction de l'organisation antérieure. Bergeret (op. cit.) précise cependant que, le premier comme le deuxième traumatismes peuvent être parfois remplacés par une série de « microtraumatismes » répétés et rapprochés dont la somme des effets correspond pratiquement à un traumatisme unique et plus important.

Dans le cas de cette étude, les maltraitances des enfants se répètent à des intervalles plus ou moins réguliers et peuvent constituer à notre avis des « microtraumatismes » répétés dont parle Bergeret. Dans ces conditions, nous pouvons prévoir qu'à l'âge adulte, ces enfants développeront des troubles psychopathologiques tels que décrits dans la théorisation psychanalytique par Bergeret ; et cela, selon le mode d'organisation psychopathologique dont ils relèvent.

Cependant, selon la théorie psychanalytique (Bergeret, 1996), le traumatisme psychique survenant chez l'enfant à un stade quelconque de développement psychoaffectif désorganise,

trouble, ou même signe l'arrêt du développement. Ce qui explique que les stades suivants ne seraient pas construits, ou seront mal construits.

Ainsi les complications psychotraumatiques retrouvées dans cette étude à savoir : les troubles du développement de la personnalité (65,44%), l'ESPT (19,85%), les troubles de la morale et de la socialisation (18,38%), les manifestations dépressives (17,65%), les troubles cognitifs (2,94%) et les manifestations psychosomatiques (2,2%) sont l'expression d'une désorganisation de la personnalité chez des sujets dont le développement ne s'est pas encore achevé.

Bailly (cité dans De Clercq & Lebigot, 2001, p. 144) déclare « *qu'avoir assisté à des actes de violence peut entraîner de profonds changements dans le sens qu'a l'enfant de sa sécurité et de celle des relations affectives* ».

Et pour Terr (1983, cité par Bailly, op. cit.), ces changements d'orientation qui modifient le devenir de l'enfant sont un des marqueurs les plus significatifs du traumatisme infantile. A plus forte raison, si l'enfant a été lui-même victime d'acte de violence, il est évident que des bouleversements dans le développement de sa personnalité se fassent sentir. Ainsi, des troubles dans le développement de la personnalité sont les conséquences psychotraumatiques les plus observées dans notre étude (65,44%). Les signes marquant ces désorganisations de la personnalité sont l'agressivité (42,65%), l'hyperactivité (12,50%), et la perte de la confiance en soi, faiblement observées (1,47%).

Toujours selon Bailly (op. cit., p. 144), « *lorsqu'un acte très violent se produit, l'enfant est conduit à réviser ce qu'il pensait jusque-là de l'adulte. La question de la vengeance comme celle de l'identification à l'agresseur, vont être l'objet de fantasme de la part de l'enfant* ».

L'enfant, dans ces situations, peut recourir à l'agressivité vis-à-vis de ses pairs ou de l'entourage pour exprimer ses sentiments. C'est ce qui permet d'expliquer une forte proportion d'agressivité parmi les enfants victimes de maltraitance que nous avons étudiés.

Des affects ressentis telles que l'angoisse, peuvent être déniés, d'où l'hyperactivité chez 12,50% des enfants étudiés. Cette hyperactivité s'exprime par une excitation extrême des enfants par la scène traumatique dont ils ont été victimes ou témoins et constitue un moyen de se rassurer sur leur capacité à tolérer le choc traumatique. Par ailleurs, l'enfant peut au contraire manifester une inhibition à travers la perte de confiance en soi (5,15%), le rejet d'identité (1,47%), la difficulté de se projeter dans l'avenir (1,47%), la timidité (0,74%).

Chez Briole (1987, cité par Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda, op. cit.), ce qui est en jeu dans la répétition traumatique, c'est la remémoration exacte du vécu de l'événement. A ce propos, l'auteur parle de reproduction « *en calque* » des circonstances de l'événement traumatisant et il ajoute, « *le sujet se remémore, je dirai se remet-mort, à ceci près qu'il y échappe* » (p. 46), nous rappelant la place fondamentale de la rencontre manquée avec la mort.

Ainsi, dans la pensée freudienne, la répétition est une tentative de liaison, lien primordial qui a fait défaut dans l'expérience traumatique et qui a laissé une sensation de « non sens ». Freud (1920, cité par Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda, op. cit.) a insisté sur cette forme de répétition compulsive de la situation traumatisante, comme tentative de symbolisation. Ce qui a été imposé du dehors et non symbolisé au-dedans (le traumatisme) est répété en interne dans l'espoir de se le représenter.

Les troubles de la morale et de la socialisation ont été observés chez nos victimes après les troubles de personnalité et l'ESPT. L'effondrement des règles morales et sociales semble constituer un problème important chez un enfant confronté à un événement traumatisant. L'indiscipline (13,97%), la délinquance juvénile (2,94%) et la tendance revendicatrice (0,74%) sont la matérialisation de cet effondrement moral et social chez les enfants ayant fait l'objet de cette étude. Selon Bailly (cité dans De Clercq & Lebigot, op. cit.), la rencontre manquée avec la mort, point central du moment traumatique, aurait probablement pour conséquence, d'attaquer les soubassements narcissiques du sujet. En effet, l'homme se construirait depuis la naissance, comme tout à la fois narrateur et héros de son histoire. La personnalité se bâtit sur cette hypothèse initiale et, bien que le sujet se sache mortel, il lui est impossible d'avoir un quelconque savoir sur ce que serait sa « non-présence ». Le traumatisme psychique viendrait donc provoquer un effondrement de cette hypothèse fondamentale de l'être humain.

L'enfant, être en développement, va voir, non seulement les assises de sa personnalité modifiées par le traumatisme, mais lorsque l'événement implique l'attaque des lois et des règles du contrat lui-même, sa socialisation mise en jeu.

Ceci laisse penser que comme l'enfant tente de répondre au mystère fondamental de son origine par la mise en place précoce de théories sexuelles infantiles, il tente de résoudre les questions inhérentes à l'appartenance à un groupe social en dehors de la parenté, par la mise en place des théories sociales infantiles. Ces théories sont mises à l'épreuve par le

phénomène traumatique et s'en trouvent modifiées nécessairement. Ces modifications peuvent se traduire par une meilleure compréhension du fonctionnement social ou au contraire par un refus ou par une opposition au groupe social. D'où des comportements antisociaux telles que la délinquance, l'indiscipline, la tendance revendicatrice.

L'autre syndrome psychotraumatique important observé au sein de notre population d'étude est le syndrome dépressif dont les symptômes sont la tristesse (8,82%), la douleur morale (3,68%), l'asthénie (2,21%), la tentative de suicide (1,47%), des idées suicidaires (0,74%), des idées de mort (0,74%).

Dans un contexte de traumatisme psychique, la dépression est une dépression réactionnelle, réaction à un facteur de stress. Les facteurs de stress dans notre situation sont constitués des différentes formes de maltraitance (Physiques, psychologiques, sexuelles).

Dans la théorie psychanalytique (Bergeret, 2006), la dépression (17,65% des sujets de cette étude) aurait sa source dans une préorganisation « limite », qui n'est pas en réalité, une vraie structuration de la personnalité, mais un aménagement temporaire susceptible d'évolution dans certaines circonstances. Cet aménagement s'expliquerait par un traumatisme initial survenu au cours du développement du sujet au début du stade oedipien et ressenti par lui comme une frustration très vive et un risque de perte d'objet.

Le « traumatisme précoce » va jouer le rôle de premier désorganisateur de l'évolution libidinale du sujet, couvrant toute la période de la latence, de l'adolescence et même de l'âge adulte. Cette désorganisation est toutefois provisoire et peut évoluer vers une structuration psychotique ou névrotique fixe.

Dans le cas où des circonstances particulières ne permettent pas l'évolution de cet « aménagement limite » en structure fixe, le sujet reste alors « aménagé limité » et dans des situations de traumatismes ultérieures, l'angoisse dépressive, qui est une angoisse de perte d'objet, va ressurgir, provoquant une décompensation dépressive.

Le sujet confronté à un traumatisme psychique fait une décompensation dépressive, parce que préalablement préorganisé selon un « aménagement limite ». Dans ces conditions, face à la rencontre avec le réel de la mort, il se confronte à l'angoisse de la perte d'objet libidinal, d'où la dépression. Dans le cadre de cette étude, les sujets ayant manifesté des signes dépressifs sont âgés de six à quinze ans (tableau XXXV), soit 43% des sujets de cette étude. A cet âge, les sujets ont déjà passé le stade oedipien, ce qui permet de comprendre qu'ils auraient été préorganisés sous un aménagement limite. Ensuite, les maltraitances sont

VII. DISCUSSIONS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

7.1. Discussion de la méthodologie

7.1.1. L'échantillon de travail

Nous avons mené notre recherche sur les enfants et adolescents de 0 à 18 ans, reçus au centre Oasis de la fondation Terre des Homme et victimes de maltraitance. Ce centre accueille pour leur réhabilitation et réintégration des enfants victimes de maltraitance, de trafic, abandonnés ou égarés. Notre travail s'est intéressé seulement aux enfants maltraités, reçus dans ce centre de 2005 à 2008 ; nous avons utilisé la technique d'échantillonnage ad hoc c'est-à-dire la technique du tout venant qui nous a permis de collecter les données chez tous les enfants victimes de maltraitance durant la période de notre travail. Toutefois nous ne pouvons pas assurer d'avoir travaillé avec tous les enfants maltraités à Lomé durant la période de notre recherche. La notion de maltraitance est encore soumise à discussion dans nos milieux ; des enfants considérés par l'entourage comme exploités et maltraités et ayant fait objet de signalement n'estiment pas eux mêmes avoir été maltraités et ne comprennent pas pourquoi ils ont été retirés de leur milieu. Nous avons été embarrassée devant ces cas ne sachant pas s'il fallait les retenir parmi notre population d'étude. D'autre part, le phénomène de trafic (interne ou transfrontalier) des enfants est un phénomène considéré et étudié à part entière, même si très souvent, il conduit à de la maltraitance des enfants. Beaucoup d'enfants victimes de trafic, surtout transfrontalier, n'ont pas pu faire parti de notre population d'étude pour la bonne raison que le motif de leur placement à Tdh était le trafic, et pour la plupart, ils étaient interceptés en cours de trafic (ils étaient rapatriés de pays voisins pour trafic et devaient être réintégrés dans leurs familles). Cela ne nous permettait pas de les classer parmi les enfants maltraités. Enfin, il est vrai que le Centre Oasis est, sur le plan national, le plus fonctionnel et accueille la quasi-totalité des enfants en situation difficile ; cependant, d'autres centre beaucoup moins organisés et très peu structurés s'occupent également des enfants en situation difficile. De toutes ces structures, le centre Oasis est celui qui répondait le mieux aux besoins de notre recherche. Par conséquent, des enfants ou adolescents bien que maltraités, accueillis dans ces centres, ont pu échapper à notre étude. Mais également, beaucoup d'enfants qui n'ont pas été signalés comme tels et sont restés dans les milieux maltraitants à cause de la controverse que soulève cette question.

Malgré ces petites lacunes constatées par rapport à notre population d'étude, celle-ci nous a tout de même permis de réaliser que la maltraitance des enfants est un phénomène d'actualité et d'ampleur au Togo et que les maltraitements physiques, psychologiques et sexuelles

constituent des événements traumatogènes, susceptibles de provoquer des conséquences psychotraumatiques telles que décrites dans la littérature. Nous avons pu également étudier les conséquences de ce phénomène sur les enfants et les adolescents au Togo et avons remarqué qu'en dehors des manifestations psychotraumatiques décrites dans la littérature, certaines sont spécifiques au contexte togolais.

7.1.2. La méthode d'enquête

Les techniques d'entretien et d'observation de la méthode d'enquête ont été utilisées dans cette recherche. Ces deux techniques paraissent les mieux indiquées pour une population aussi délicate que celle que nous avons étudiée. Nous avons utilisé comme instrument, une grille d'observation qui nous a permis de répertorier l'ensemble des comportements sur lesquels devait être axé notre observation et un guide d'entretien qui nous a permis de découper en thèmes, le sujet de notre interview avec les enfants.

L'avantage des techniques utilisées a été de nous permettre de pratiquer l'observation conjointement à l'entretien. En même temps que nous menions l'entretien, nous avons observé le physique des enfants et tous les comportements et les attitudes non verbales pouvant nous donner des indices pour décrire et comprendre les troubles psychotraumatiques développés par ceux-ci. L'entretien n'était pas armé dans la mesure où nous n'avons pas utilisé d'enregistrements. Nous avons pris des notes sur les aspects que nous avons jugé importants et qui nous ont permis de reconstituer l'histoire de la maltraitance et ses conséquences. Avec ces techniques, des éléments ont pu nous échapper dans la mesure où tout l'entretien n'était pas reconstitué et nous avons retranscrit l'entretien avec nos propres mots, qui peuvent être différents des mots des enfants. Ensuite, certains enfants n'arrivaient pas à s'exprimer correctement en français, ce qui nous a amenée à utiliser les langues locales, notamment le « Mina ». Le mina n'étant pas notre langue maternelle, il est évident que certaines expressions et métaphores utilisées par les enfants pour exprimer leur ressenti et leur vécu traumatique des maltraitances, aient pu échapper à notre compréhension ; nous ne pouvons pas également garantir avoir pu traduire fidèlement en « mina » les expressions françaises qui expriment les manifestations des troubles psychopathologiques. La pratique conjointe des deux techniques a pu laisser échapper des éléments de part et d'autre.

7.1.3. Discussion des hypothèses

Nous avons posé sept hypothèses pour mener à bien notre recherche à savoir :

1. Les maltraitances physiques des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.
2. Les maltraitances psychologiques des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.
3. Les maltraitances sexuelles des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.
4. La survenue et l'évolution des troubles psychotraumatiques sont favorisées par l'âge.
5. La survenue et l'évolution des troubles psychotraumatiques dépendent des formes de maltraitance.
6. Ces différentes formes de maltraitance provoquent des troubles psychotraumatiques spécifiques au contexte togolais.

Les quatre premières hypothèses ont été vérifiées et confirmées. Nous avons pu vérifier que devant une maltraitance physique, psychologique, sexuelle, quelle que soit la forme, les enfants développent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature, à savoir les troubles dépressifs, les troubles de personnalité, les troubles de la morale et de la socialisation, les troubles psychosomatiques, l'ESPT. Nous avons également montré que le développement et l'évolution des troubles psychotraumatiques dépend de l'âge des sujets. En effet il n'y a pas eu de troubles dans certaines tranches d'âge.

Pour ce qui concerne la cinquième hypothèse, nous n'avons pas trouvé de liens spécifiques entre les formes de maltraitances physiques, psychologiques et sexuelles et les troubles psychotraumatiques. Il est vrai que nous avons constaté une certaine variabilité des troubles psychotraumatiques par rapport aux formes de maltraitance, mais nous ne pouvons pas affirmer qu'un trouble donné est en lien avec une forme particulière de maltraitance.

Cependant, nous avons trouvé qu'une forme de maltraitance pouvait donner lieu à plusieurs troubles psychotraumatiques et que tous les troubles développés par les enfants pouvaient survenir dans toutes les formes de maltraitance. Cela laisse comprendre que le développement des troubles psychotraumatiques ne dépend pas de la maltraitance en tant que

telle, mais de facteurs beaucoup plus spécifiques, dus au choc traumatique et à la personnalité du sujet.

Pour la dernière hypothèse, nous avons trouvé que certaines manifestations de troubles psychotraumatiques décrites dans la littérature ne se retrouvaient pas dans le contexte togolais et qu'il existait des manifestations spécifiques au Togo (les manifestations dépressives ne sont pas décrites dans la littérature).

Ainsi, nos hypothèses ne sont pas exhaustives ; nous nous rendons compte qu'il existe à l'intérieur des formes de maltraitances, des variantes décrites dans la littérature, qui ne se retrouvent pas dans le contexte togolais, alors que nous n'avons porté aucune hypothèse là-dessus. De même, nous n'avons pas porté nos hypothèses sur certaines particularités de la littérature que nous n'avons pas dans le contexte togolais.

7.1.4. Discussions des approches théoriques

Nous nous sommes appuyée sur les théories psychanalytique et psychophysiologique pour la lecture des résultats de notre recherche.

7.1.4.1. La théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique est un élément d'appui précieux pour comprendre la souffrance de personnes confrontées à un choc traumatique. En effet, le traumatisme est au centre de la théorie psychanalytique, depuis les débuts des études de Freud sur l'hystérie jusqu'aux conceptions économiques.

Elle met l'accent sur les événements de vie, selon la définition donnée par Lagache & al. (2003), caractérisés par leur intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, puis par le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque sur l'ensemble de l'organisation psychique.

Basée sur les écrits de Freud, la théorie psychanalytique permet de considérer les aspects tels que :

- l'effet de rupture dans le temps. Les traumatisés psychiques décrivent une fracture dans leur histoire ;
- la rencontre avec le réel de la mort (De Clercq & Lebigot, 2001). Face à la menace vitale, le sujet est confronté à l'irreprésentable et à l'indicible ; le langage et les représentations sont absents ;

- l'importance des sentiments de honte et de culpabilité. Ces sentiments sont mis en lien avec le franchissement d'un interdit majeur ;

- enfin, l'effondrement du narcissisme. Le traumatisme confronte le sujet à des pertes d'illusions qui portent atteintes à son image et à ses croyances fondamentales.

Ces aspects relevés par la théorie psychanalytique permettent de comprendre aussi bien la symptomatologie présentée par les victimes d'événements traumatogènes que les fondements des organisations structurelles de personnalité sous-tendant cette symptomatologie et d'envisager un travail thérapeutique spécifique adapté aux sujets. Ce sont ces raisons qui ont motivé notre choix de cette approche théorique.

Toutefois, la théorie psychanalytique ne met pas l'accent sur la symptomatologie présentée par les traumatisés psychiques dans une description précise. Cela nous a poussée à nous appuyer également sur la théorie psychophysiologique.

7.1.4.2. La théorie psychophysiologique

Cette approche théorique se base sur les travaux de Selye sur le stress, et entend mettre l'accent sur les symptômes présentés par les traumatisés psychiques avec l'introduction du « *Post traumatic stress disorder* (PTSD) » dans les classifications internationales. Cette approche permet également de s'intéresser aux facteurs de risques et de vulnérabilité en ouvrant un large champ de recherche dans ce domaine (Ponseti-Gaillochon, Duchet & Molenda, 2009).

L'approche psychophysiologique a l'avantage aussi de mettre l'accent sur le retentissement important du traumatisme sur le fonctionnement social et sur la modification possible de la personnalité. La description de la symptomatologie du traumatisme psychique permet de mesurer l'ampleur des répercussions des événements tels que les guerres, les prises d'otages, les catastrophes naturelles, les accidents techniques, mais également des événements individuels tels les agressions physiques et sexuelles. Toutefois, cette approche comporte le défaut de mettre sur le même plan, les notions de stress et de traumatisme : le stress fait partie des réactions adaptatives décrites notamment dans un registre psychophysiologique, alors que le traumatisme marque un réel débordement des capacités du sujet dans le champ de la psychopathologie. Cette théorisation a l'avantage d'être d'actualité et d'avoir permis l'élaboration de grilles de lecture sur le plan international, permettant de faire le diagnostic devant une situation de traumatisme psychique.

Nous utilisons ces deux approches ici dans une logique de complémentarité, car chacune prise individuellement nous semble insuffisante pour expliquer tous les enjeux du traumatisme psychique. Avec ces deux théorisations, nous pouvons décrire avec précision la symptomatologie d'un traumatisme psychique, les facteurs de vulnérabilité, les mécanismes liés à la personnalité en jeu dans une situation traumatogène.

7.2. Discussions des résultats

7.2.1. Les aspects socio-démographiques

Les résultats de notre recherche nous ont permis de remarquer que les enfants victimes de maltraitance ont en majorité entre 11 et 15 ans, soit 55,15% de notre population d'étude, suivi de la tranche d'âge comprise entre 6 et 10 ans (37,5%). On note également une prédominance féminine. L'enquête *événement de vie et santé* menée en 2005- 2006 rapporte des faits similaires. En effet, pour cette enquête, les jeunes sont plus exposés aux violences interpersonnelles et les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à rapporter des violences. Cependant, l'Oms (2006) estime que les filles sont en général plus exposées à la violence sexuelle et les garçons plus exposés à des punitions physiques sévères. Les résultats de notre étude montrent globalement une plus forte représentativité des filles maltraitées par rapport aux garçons.

L'Oms (op. cit.) rapporte qu'en 2002, 31 000 enfants de moins de 15 ans ont été victimes d'homicides dans le monde et que, selon des études effectuées dans le monde entier, environ 20 % des femmes et 5% à 10 % des hommes déclarent avoir été victimes de violence sexuelle étant enfants. L'Oms (op. cit.) déclare encore que, selon les estimations mondiales, les nourrissons et les très jeunes enfants de 0 à 4 ans font le double des homicides pour cause de maltraitance que ceux âgés de 5 à 15 ans. Ces derniers feraient plus objet de signalement pour maltraitance. Ceci peut expliquer le faible taux des sujets âgés de 0 à 5 ans que nous avons retrouvé dans notre échantillon d'étude, puisque ceux-ci se retrouvent plus dans les registres de décès que ceux de signalement pour maltraitance.

Limazié (2000) relevait une majorité des 10- 14 ans ; Sowou (2008) avait trouvé également une majorité des 11- 14 ans soit 47,9% suivie des 7- 10. ans avec 33,3% parmi les enfants victimes de mauvais traitements. Son découpage des tranches d'âge n'est pas tout à fait celui que nous avons adopté. Toutefois ces résultats nous permettent de constater que les enfants qui ont entre 6 et 15 ans sont plus exposés à toutes les formes de la maltraitance. Cependant Mbassa Menick, Dassa, Kenmogne, Abanda Ngon (2009) avaient trouvé un âge moyen de

16,6 ans (soit de 9 à 20 ans) chez les mineures exploitées sexuellement au Cameroun. Puis, Dassa & *al.* (2005b) et Dassa, S. K., Thiam, M. H., Ahyi, R. G. (2007) avaient trouvé un âge moyen de 7 ans et huit mois, avec 75% des sujets âgés de moins de 12 ans. Ces deux dernières études sont des études longitudinales.

La plupart des enfants de notre étude vivent dans la ville de Lomé (88,24%) et ils sont en majorité des Togolais (68,38%). Cela peut s'expliquer par la proximité du centre d'accueil (le Centre Oasis de Tdh est situé à Lomé)

Par ailleurs, nos résultats ont relevé que 35,29% des enfants vivent avec des tuteurs, 30,15% vivent avec d'autres parents tels que tante, oncle, cousin, frère, grands-parents.... Sowou (2008) avait trouvé que 45,8% résidaient chez des tuteurs, ce qui est en accord avec notre résultat parce que Sowou avait inclus les tantes, oncles, cousins... parmi les tuteurs. Mbassa Menick, Dassa, Kenmogne, Abanda Ngon (2009) avaient trouvé que 24,4% des mineures exploitées sexuellement au Cameroun vivaient chez un membre de la famille autre que les parents géniteurs.

Nous avons également trouvé que 54,41% des enfants ont les deux parents vivants, mais 72,79% des enfants vivent séparés de leurs parents et que 19,11% ont un parent décédé, également 19,85% vivent avec un des parents.

Ceci nous laisse supposer que le placement est un important facteur de risque de maltraitance des enfants.

7.2.2. Les types de maltraitance

Nos résultats ont relevé que toutes les formes de maltraitements décrites dans la littérature se retrouvent au Togo. Cependant, 84,56% des enfants ont subi des maltraitements physiques, 69,11% des maltraitements psychologiques et 10,29% des maltraitements sexuelles, ce qui nous permet de faire le constat que les enfants sont plus exposés aux maltraitements physiques, puis psychologiques. Dassa et *al.* (2005b) et Dassa, S. K., Thiam, & Ahyi, R. G. (2007) avaient recensé dans leurs études, 75% de violences physiques à visée éducative. Ceci rejoint nos résultats dans la mesure où notre recherche concerne les enfants et les adolescents, donc une population soumise encore à l'éducation parentale et, par conséquent, pouvant être sujette à toutes formes de corrections éducatives. L'Unicef, (2002), note également que les violences physiques viennent en tête des violences subies par les enfants (77%). Cependant, selon des chiffres relevés par l'ODAS en 2004, pour le compte de la France, les violences physiques viennent en tête (6600 enfants), suivies des violences sexuelles (5500 enfants), des

négligence lourdes (4400 enfants) , puis des violences psychologiques (2500 enfants) (Audet & Katz, 2006). Ces chiffres contrastent avec les nôtres dont les violences psychologiques viennent en deuxième position. Nous pouvons comprendre cet écart, d'abord, par le fait que l'ODAS considère les négligences lourdes à part, alors que nous, nous les avons classées parmi les maltraitances physiques (négligences physiques) et les maltraitances psychologiques (négligences affectives). Ensuite, la différence de culture peut expliquer une plus grande facilité de signalement des maltraitances sexuelles en France qu'au Togo. Enfin, les chiffres de l'ODAS relèvent d'un rapport national, alors que nous, nous avons collecté nos données dans une structure de prise en charge des enfants maltraités.

La maltraitance physique la plus recensée dans notre étude est de battre les enfants (83,09% des cas), suivie des privations (39,71%). Ces chiffres sont en accord avec ceux de Dassa, Douti, Kpanaké, Koti & Küchenhoff (2005a) qui avaient enregistré 100% de sévices corporelles.

Par contre, dans son rapport mondial sur la violence et la santé, l'Oms (2002) rapporte qu'une enquête réalisée en Egypte relevait 37% des enfants battus et 26% ayant eu des blessures ; qu'une autre enquête réalisée en Corée rapportait 45% des parents ayant confirmé avoir battu, frappé ou donné des coups de pied à leurs enfants ; enfin celle réalisée en Roumanie avait relevé que la moitié des parents avait admis battre régulièrement leurs enfants et 16% avec des objets. Ces chiffres, rapportés par l'Oms, confirment l'importance de la maltraitance physique infligée aux enfants par les parents de par le monde. Mais ne sont pas aussi élevés que les notre.

69,11% des enfants ont été victimes de maltraitances psychologiques ; ce qui est en accord avec les résultats de Dassa & al. (2005b) qui rapporte 66% de maltraitances psychologiques chez les enfants. La forme de maltraitance psychologique la plus rencontrée a été les menaces et l'exploitation (11,03% pour chaque type). Dassa, Douti, Kpanaké, Koti. & Küchenhoff, (2005), relevaient plutôt les propos dégradant et humiliants, les violences entre les parents et les séparations parentales tumultueuses. L'Unicef (2002), relève lui aussi certains propos dégradants des enseignants (38,2%), des disputes des parents (15,7%) et la séparation des parents (10,5%) comme principales violences psychologique. Cette différence de résultats peut s'expliquer par le fait que nous avons fait notre recherche dans un centre d'accueil pour enfants maltraités. Or, les cas d'enfants qui arrivent en centre d'accueil sont des cas réputés graves avec souvent des dommages physiques. La violence quotidienne faite de punitions

corporelles et d'agressions psychologiques perpétrées dans l'environnement immédiat de l'enfant passe souvent inaperçue et n'est dévoilée ou signalée que lorsque des conséquences surviennent ou lorsqu'on a des dommages physiques graves, nécessitant ainsi le retrait et le placement de l'enfant ; ou au contraire la fugue de ce dernier.

L'Oms (2006) pense, courant dans de nombreux pays, que les parents crient sur les enfants et rapporte que selon l'enquête de WorldSAFE, la pratique consistant à menacer les enfants, varie considérablement selon les pays. Cette enquête rapporte 48% des mères aux Philippines et 8% au Chili déclarant avoir menacé leurs enfants.

10,29% des sujets de notre étude ont été victimes de maltraitements sexuelles, contre 6,4% de maltraitance sexuelle rapporté par Dassa, Douti, Kpanaké, Koti & Küchenhoff, (2005). Cette différence peut s'expliquer par le fait que cette étude est longitudinale, alors que la notre se fait dans un centre de prise en charge des enfants maltraités. La maltraitance sexuelle qui apparaît le plus fréquemment est le viol (11,03%), et ces viols sont essentiellement recensés chez les sujets âgés de 6 à 15 ans, avec un taux relativement élevé des 11- 15 ans (17,33%). ceci fait remarquer que c'est essentiellement les sujets adolescents qui sont victimes de viols. Ils sont suivis du harcèlement sexuel (2,21%). Ceci confirme les résultats de Dassa, Douti, Kpanaké, Koti & Küchenhoff (2005) qui citent les viols, les attouchements et le harcèlement comme principales formes de violences sexuelles. Cependant l'Unicef (2002) relève comme principales violences sexuelles le harcèlement sexuel (14,7%) puis les attouchements (11,7%).

Les maltraitements ont pour auteurs, selon nos résultats, les tuteurs dans 30,88% des cas et d'autres parents tels que tante, oncle, cousin, frère... dans 37,03% des cas et les parents biologiques dans 20,59% des cas. Dassa et *al.* (2005b), puis Dassa, Thiam & Ahyi (2007), rapportent 28% de parents biologiques, 20% de tuteurs ou autres parents, 19% d'enseignants, 18% de patrons comme auteurs de maltraitance. Ces résultats sont contraires aux nôtres dans la mesure où nous trouvons plus de tuteurs et d'autres parents que de parents biologiques.

L'Unicef (2002) de son côté avait relevé comme principaux auteurs, pour les violences physiques, les personnes remplissant un rôle d'éducateurs auprès des enfants (enseignants, parents biologiques ou adoptifs). Ces résultats rejoignent à certains égards les nôtres dans la mesure où les enfants, lorsqu'ils sont placés chez des tuteurs, tantes, oncle,..., ces derniers jouent le rôle d'éducateurs auprès de ceux-ci. Cependant, nous n'avons pas eu de cas d'enseignant comme auteur de maltraitance. Et l'Oms (2006), se référant aux enquêtes

effectuées de par le monde, indexe les parents comme auteurs des maltraitances perpétrées sur les enfants.

7.2.3. Les conséquences de la maltraitance

Nos résultats nous permettent de constater que tous les enfants de notre échantillon d'étude soit 100% ont présenté des conséquences psychologiques, alors que 23,53% ont manifesté des conséquences physiques. Selon un manuel élaboré par le ministère des affaires sociales, de la protection féminine et de la protection de l'enfant en 2002, sur les violences faites aux femmes, les conséquences psychologiques sont les plus importantes ; il ne précise toutefois pas les chiffres.

Les principales conséquences physiques relevées dans notre étude sont : les plaies sur le corps, soit 14,71%, les écorchures (5,88%), les cicatrices (2,94%) et la déchirure du périnée (2,21%). Besnard (2003) relevait comme principales conséquences somatiques de la maltraitance les lésions cutanées (plaies fraîches ou cicatrisées, griffures, traces de liens, brûlure ou bouillement, alopecies), puis des fractures, des lésions neurologiques, viscérales, oculaires et otologiques. L'Unicef (2002), regroupant sous les lésions tégumentaires et des muqueuses, les ecchymoses et hématomes, puis les plaies, a trouvé pour ce groupe une proportion de 90% des cas qu'il a étudiés, ce qui représente une forte proportion. Nous estimons que nos résultats sont opposés à ceux de l'Unicef ; nous avons de faibles proportions et même regroupés de la même façon que l'Unicef, nous ne pourrions trouver les mêmes résultats. Les fractures également sont faiblement représentées dans notre étude, 0,74%, contrairement aux résultats de l'Unicef qui les place en deuxième position après les lésions tégumentaires et des muqueuses.

Les principales conséquences psychologiques sont : du point de vue de la réaction des victimes, les fugues avec 77,21%, suivis des pleurs, 15,44%. L'Unicef en 2002 avait trouvé un taux de fugue moins élevé que le nôtre, soit 14,2%. Plusieurs raisons peuvent nous permettre d'expliquer ce faible taux : premièrement, il représente celui de l'effet des violences psychologiques uniquement, alors que nous, nous le calculons par rapport à toutes les formes de maltraitances ; la deuxième raison est que l'Unicef calcule ce taux par rapport à ce qu'il a appelé l'effet des violences psychologiques qui regroupe aussi bien les manifestations de la réaction, du vécu et de l'impact ; nous, nous distinguons les manifestations de la réaction, celles du vécu et celles de l'impact, ce qui explique que les fugues représentent dans notre étude 77,21% des réactions manifestées par nos victimes.

Enfin, l'Unicef fait une étude longitudinale sur tout le territoire togolais, alors que nous, nous tirons notre échantillon à partir d'un centre de prise en charge des enfants maltraités provenant de tous les coins du pays, mais ayant fait objet d'un signalement et placé dans le centre pour la prise en charge. Nous pouvons expliquer le fort taux de fugue par l'état de désorientation temporelle ou spatiale, le sentiment de dépersonnalisation et la déréalisation qui accompagne la réaction de stress dépassé décrit par Ponseti-Gaillochon, Duche & Molenda (2009). En effet, ces auteurs pensent que la réaction de stress dépassée s'accompagne de symptôme d'inhibition ou d'agitation, voire de fuite panique et d'action automatique associée à un vécu de frayeur ou d'horreur, avec un sentiment d'impuissance et de détresse. Le sujet se trouvant dans un tel état n'a de solution que la fuite.

Du point de vue du vécu psychologique, l'angoisse a été le plus manifesté chez nos victimes, avec 36,03% des cas, suivi de loin du sentiment d'impuissance (4,41%), du sentiment de honte et de souillure (3,68%) et du sentiment de culpabilité (2,94%). Yoholou (2003) avait trouvé l'anxiété chez tous les enfants de son étude qui portait sur les psychotraumatismes des victimes du trafic. Ceci confirme que l'angoisse est une importante manifestation psychotraumatique. L'Unicef relevait de son côté (2002), 47,5% d'anxiété ; cependant, les raisons évoquées plus haut dans le cas de la fugue sont également valables pour l'anxiété. Besnard (2003) remarquait que les enfants maltraités à long terme développaient un sentiment de honte, de culpabilité et de faible estime de soi.

Marion (2008) décrit comme vécu psychotraumatique, la honte, la culpabilité, la haine, la révolte, le sentiment d'impuissance, qui, lorsqu'ils ne peuvent pas s'exprimer, restent dans l'inconscient à l'état latent et prépareront tout le long du développement le lit de violences futures, soit internes contre l'ancienne victime par le biais d'un bourreau interne fortement destructeur, soit contre autrui, par la violence faite à plus faible que soi.

L'Oms (2006) estime que la plupart des auteurs reconnaissent qu'il y a des conséquences psychologiques à court et à long terme. Il ajoute que certaines victimes de la maltraitance présentent quelques symptômes qui ne prennent pas des proportions inquiétantes sur le plan clinique, ou bien ils atteignent des stades cliniques, mais ils ne sont pas aussi marqués que chez des enfants généralement suivis dans un contexte clinique. D'autres victimes présentent des symptômes psychiatriques graves comme la dépression, l'angoisse, la toxicomanie, l'agressivité, la honte ou des déficiences intellectuelles. Enfin, certains enfants satisfont à

tous les critères de troubles psychiatriques tels que le syndrome de stress post-traumatique, la dépression grave, des troubles anxieux et des troubles du sommeil.

Nous retrouvons dans la description de l'Oms (op. cit.) des manifestations de vécus psychotraumatiques et des troubles de l'impact psychotraumatique.

Du point de vue de l'impact, les troubles psychotraumatiques développés à court, à moyen ou à long terme sont les troubles du développement de la personnalité qui représentent 65,44% des troubles de l'impact, suivis de l'ESPT avec 19,85%, des troubles de la morale et de la socialisation (18,38%), les manifestations dépressives (17,65%). Les troubles psychosomatiques et les troubles cognitifs se sont manifestés faiblement chez les enfants que nous avons étudiés. Ce qui est contraire aux résultats Dassa & al. (2006), qui relevaient 25,64% des troubles mixtes des acquisitions scolaires, 15,38% de dépression et 12,82% d'énurésie chez les enfants des pays en guerre réfugiés à Lomé. Il faut noter donc que cette étude visait à étudier les troubles psychopathologiques des réfugiés africains vivant à Lomé.

Vila (2006) lui aussi, pensait plutôt que l'ESPT était la principale conséquence psychopathologique suite à l'exposition à un événement majeur (catastrophe, guerre, attentat...) et la complication la plus fréquente en cas de maltraitance physique ou sexuelle chez l'enfant et qu'il est durable et potentiellement grave. Le contexte culturel différent des deux études peut permettre d'expliquer cette différence. Vila (op. cit.) cite l'étude longitudinale de Sack & al. sur des réfugiés du Cambodge, qui montre la persistance de l'ESPT de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte, jusqu'à 29 ans, pour des traumas répétés entre 8 et 12 ans sous le régime des Khmers rouges. Il reconnaît toutefois que l'état de stress post-traumatique (ESPT) des classifications internationales ne représente pas le seul type de trouble observable, chez l'enfant ou l'adolescent, comme conséquence d'un traumatisme mais il constitue la forme la plus caractéristique et la plus fréquente de l'atteinte psychotraumatique. Cela est contraire à nos résultats selon lesquels, les troubles de personnalité ont été les plus fréquents, suivi de l'ESPT.

L'agressivité est la manifestation la plus fréquente du trouble du développement de la personnalité observé chez nos victimes, soit 42,65% suivi de l'hyperactivité, 12,50%. L'Unicef (2002) avait trouvé plutôt 5,1% d'agressivité, une faible proportion s'expliquant toujours par les raisons évoquées précédemment.

Pour l'ESPT, la manifestation la plus observée est l'inhibition de la réactivité observée à travers le repli sur soi (5,9%), l'isolement (5,1%) la perte de savoir faire (1,5%) et la

réduction de la capacité à jouer (0,7%). Yoholou (2003) avait trouvé l'isolement dans 89,20% des cas. Toutefois, il travaillait sur le trafic des enfants et situait cet isolement par rapport à un ensemble de troubles psychopathologiques qu'il avait recensé et non par rapport à l'ESPT comme nous l'avons fait. Les troubles du sommeil, comme manifestation de l'ESPT, s'observe à travers les difficultés de concentration (4,4%), les terreurs nocturnes (0,7%) et la réaction de sursaut (0,7%). Besnard (2003) avait relevé comme trouble de sommeil les cauchemars et l'insomnie. Et Yoholou (2003) avait relevé également des troubles de sommeil tels que l'insomnie, les cauchemars chez tous les enfants victimes de trafic qu'il avait étudiés. La reviviscence est très rarement observée.

Du point de vue de la morale et de la socialisation, l'indiscipline a été le plus manifesté avec 13,97%, puis la délinquance juvénile avec 2,94%. Neil (1972) tirait la conclusion selon laquelle la punition corporelle à l'école provoquerait l'échec scolaire et Sowou (2008) relevait 93,8% d'indiscipline comme motif de maltraitance chez les responsables parentaux et 83,3% de comportement déviant. Ce qui représente des proportions plus élevées par rapport à ce que nous avons trouvé. Cependant, Sowou (2008) relevait ces pourcentages en terme des motifs évoqués par les parents pour maltraiter les enfants, et non comme une conséquence de la maltraitance.

Le syndrome dépressif s'est manifesté chez nos victimes à travers la tristesse (8,82%), la douleur morale (3,68%), l'asthénie (2,21%), les tentatives de suicide (1,47%).

Les autres troubles tels que les troubles de développement et troubles cognitifs et les manifestations psychosomatiques se sont rarement manifestés soit respectivement 2,94% et 2,2%.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Cette étude a porté sur les conséquences psychotraumatiques de la maltraitance faite aux enfants et aux adolescents au Togo en comparaison avec les descriptions de la littérature psychotraumatique en lien avec les événements traumatogènes.

Nous sommes partie du constat que les maltraitements des enfants et des adolescents constituent des événements traumatisants susceptibles de provoquer des conséquences psychotraumatiques telles que celles décrites dans la littérature à propos d'autres événements traumatogènes tels que les guerres, les catastrophes naturelles ou humaines, les accidents... Et nous avons mené notre recherche sur un échantillon de 136 enfants recueillis au Centre Oasis de la fondation Terre des Hommes, de 2005 à 2008.

Nous avons comme objectifs de recherche de décrire les formes de maltraitance et les conséquences psychotraumatiques retrouvées chez les enfants et les adolescents au Togo, et montrer leur spécificité. De façon pratique, nous visons contribuer à améliorer les procédures de prise en charge préventive et curative des conséquences psychotraumatiques dues à la maltraitance des enfants et des adolescents, en proposant des stratégies pour un meilleur diagnostic.

Pour cela nous avons émis un certain nombre d'hypothèses à savoir :

- Les maltraitements physiques des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.
- Les maltraitements psychologiques des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.
- Les maltraitements sexuelles des enfants et des adolescents au Togo provoquent des troubles psychotraumatiques tels que décrits dans la littérature.
- Ces différentes formes de maltraitance provoquent des troubles psychotraumatiques spécifiques au contexte togolais.

Sur le plan méthodologique, nous nous sommes servies des techniques d'entretien semi-dirigé et d'observation directe pour collecter les données afin de vérifier nos hypothèses. Une fois collectées, nous avons utilisé la statistique, notamment le logiciel SPSS, après avoir transformé sous forme numérique et codé nos informations, pour les traiter. Puis la méthode d'analyse de contenu, à travers sa technique logico-sémantique, nous a permis de faire l'analyse qualitative des données.

A l'issue de cette étude, nous sommes parvenue à la conclusion que la maltraitance des enfants et des adolescents, sous toutes ses formes, est un facteur traumatogène, qui à l'exemple des autres facteurs traumatogènes, suscite des réactions physiologiques appelées réaction de stress (aigu ou dépassé) et un vécu traumatique, pouvant à court ou à long terme provoquer des conséquences psychotraumatiques. Ces conséquences psychotraumatiques sont constituées aussi bien de ESPT (19,85%) que d'autres troubles psychopathologiques, à savoir le syndrome dépressif (17,65%), les troubles de développement de la personnalité (65,44%), les troubles psychosomatiques, les troubles de la morale et de la socialisation (18,38%) et les troubles cognitifs.

Par rapport à ces résultats, nous pouvons dire que nos objectifs ont été atteints et nos hypothèses vérifiées. Cependant notre dernière hypothèse, celle concernant les spécificités togolaises, n'a pu être vérifiée que partiellement. En effet, nous avons trouvé au sein de notre population d'étude, des manifestations dépressives, qui ne nous permettent pas pour autant de parler de pathologies dépressives. Ces manifestations peuvent être isolées. Nous avons également trouvé à l'intérieur des syndromes psychotraumatiques, des manifestations spécifiques au Togo.

Les résultats présentés précédemment ont permis de vérifier que la maltraitance des enfants et des adolescents peut provoquer un traumatisme psychique pouvant conduire à court, à moyen ou à long terme à des troubles psychopathologiques plus ou moins graves.

Cependant, cette étude a concerné des enfants âgés de cinq à vingt ans ayant fait l'objet d'un signalement. Ces résultats montrent donc la nécessité d'envisager d'autres recherches en population générale, prenant en compte la diversité culturelle du pays et les sujets âgés de 0 à 5 ans. Ce qui permettra de vérifier l'existence de la maltraitance des bébés, les formes et les caractéristiques de cette maltraitance. On pourra également étudier la variabilité des formes de maltraitance et des conséquences psychotraumatiques en fonction des diversités ethniques et culturelles.

Il paraît également important de vérifier l'existence de certaines formes de maltraitance telles que : mettre le piment dans le sexe, enfermer et/ou faire manger dans la niche du chien ou avec le chien et leur variabilité en fonction des différences culturelles au Togo.

Par ailleurs, les résultats de cette étude ont relevé une symptomatologie dépressive chez certains enfants traumatisés. Il semble utile de vérifier dans une recherche ultérieure la spécificité de cette symptomatologie chez les enfants traumatisés.

Enfin la psychotraumatologie en générale et la psychotraumatologie de l'enfant en particulier sont des domaines encore en friches. La psychologie clinique et pathologique gagnerait en clinique de prise en charge des traumatismes psychiques, en développant des études de psychotraumatologie pour mieux comprendre les mécanismes de traumatisation et leurs implications.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

SUGGESTIONS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

A l'endroit des autorités en charge de la protection de l'enfance

- la création du numéro vert a été une avancée importante dans la protection et la prise en charge des enfants maltraités. Il importe de recruter et de former du personnel compétent en matière de prise en charge d'urgence et préventive des enfants qui sont reçus à ce numéro téléphonique. Ce qui nécessite une formation en débriefing psychologique (premier soin en matière de traumatisme psychique)

- la maltraitance des enfants est un phénomène important, répandu dans le monde entier. C'est une question de santé publique. il serait souhaitable de créer des centres pour la protection des enfants en situation de risque et la prise en charge des enfants maltraités à travers tout le pays.

- Ces centres devront être en mesure de dépister les enfants en situation de risque, ce qui implique que ces centres soient fournis en personnel qualifié, capable de dépister un risque de maltraitance chez les enfants et qu'ils soient dotés de matériel leur permettant d'effectuer ce travail. Ils devront en outre être doté de personnel qualifié, notamment des psychologues de la santé formés en psychotraumatologie pour la prise en charge préventive et à défaut curative des psychotraumatismes de l'enfant et de l'adolescent.

- Créer des centres de guidance parentale : ces centres devront faire l'accompagnement des parents maltraitants en s'appuyant sur des familles reconnues comme bien traitantes ; faire l'accompagnement, le soutien et servir de référence aux jeunes parents et aux futurs parents pour leurs soucis d'éducation des enfants. Ce qui permettrait de prévenir la maltraitance des enfants.

A l'endroit des centres de prise en charge de l'enfance en difficulté

- Ils font déjà un travail honorable, en se consacrant à la prise en charge des enfants en situation difficile. L'efficacité de ce travail serait accrue, s'ils dotaient ces centres de psychologues de la santé ou cliniciens pour l'accompagnement et la prise en charge psychologique de ces enfants qui vivent des situations particulières.

- former le personnel, notamment social, sur les techniques d'accueil d'urgence des enfants maltraités.

- Tenir toujours compte de l'avis du psychologue (s'il en existe un dans le centre) pour une réinsertion ou réintégration socio-familiale réussie.

A l'endroit des parents

- Les besoins d'éducation des enfants ne doivent pas se confondre avec les besoins de vengeance, de défoulement ou de manifestation des conflits internes des parents sur les enfants. La violence punitive n'a jamais « redressée » aucun enfant et les enfants « monstres » n'existent que par la construction humaine. Alors nous proposons aux parents, pour une punition réussie, de toujours discuter au préalable avec leurs enfants sur les conditions et les modalités de cette punition, ceci permettra à ces derniers de la vivre comme une punition et non comme de la violence et cela pourrait contribuer à leur éducation et leur développement harmonieux.

- Si par mégarde il arrive aux parents d'infliger des violences aux enfants ou d'en être témoins, nous les encourageons à s'adresser à un centre spécialisé pour une prise en charge préventive des troubles psychotraumatiques. Ceci pourrait éviter que les enfants en soient affectés toute leur vie.

A l'endroit des psychologues de la santé

Le domaine de la psychotraumatologie est un domaine nouveau, mais vaste, qui a besoin que d'importantes recherches scientifiques se fassent pour être développé ; nous souhaiterions que de jeunes psychologues se joignent à nous pour combler le vide théorique qui se fait remarquer dans ce domaine.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Abdou, A. (2002). *L'impact de la violence punitive en milieu scolaire : cas des élèves de Collège d'Enseignement Général de la communauté urbaine de Niamey (Niger)*. (mémoire de maîtrise ès sciences de l'éducation inédit) université de Lomé.
- 2- Afifi, O., T., Brownridge, A., D., Cox, J., B. & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child abuse and neglect*, 30, 1093-1103.
- 3- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- 4- Audet, J. & al. (1997). *Victimologie psychiatrique : prise en charge du traumatisme psychique en urgence*. Urgences psychiatriques- guide pratique, thérapeutique et juridique, Paris : Estem.
- 5- Audet, J. (2006). *Prise en charge immédiate de l'état de stress aigu*. La lettre du psychiatre, février 2002, n° 18.
- 6- Audet, J. & Katz, J- F. (2006). *Précis de victimologie général*. Paris : Dunod.
- 7- Bailly, L. (2001). Syndrome psychotraumatique chez l'enfant. Dans M. De Clercq, F. Lebigot (Eds.), *Les traumatismes Psychiques* (pp.137-147). Paris : Masson.
- 8- Bailly, L. (1992). Séquelles psychiques des psycho-traumatismes chez l'enfant. *Psychologie médicale*, 24 (5), 453- 454.
- 9- Bailly, L. (1996a). *Les catastrophes et leurs conséquences psycho-traumatiques chez l'enfant : descriptions cliniques et traitements*. Paris : Esf.
- 10- Bailly, L. (1999). Psycho-traumatisme de l'enfant : avancées cliniques et théories. *Nervure*, 12 (6), 20- 25.
- 11- Bakali, T. (1997). *La violence en éducation : approche sociologique des problèmes de discipline dans les collèges d'enseignement général du Togo. Elément pour une perception des punitions scolaires : cas des CEG du Golfe*. (mémoire de maîtrise ès lettres, section sociologie inédit) Université de Lomé.
- 12- Banque Mondiale (2002)
- 13- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris : Puf.

- 14- Barrois, C. (1998). *Les névroses traumatiques*. Paris : Dunod.
- 15- Barrois, C. (1998). Le traumatisme second : le rôle aggravant des milieux socio-professionnel, familial, médical, dans l'évolution du syndrome psychotraumatique. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 156 (7), pp.487- 492. Paris : Masson.
- 16- Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états- limites*. Paris : Payot.
- 17- Berger, M., L. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and youth services review*, 26, 725- 748.
- 18- Bergeret, J. (1984). *La violence fondamentale*. Paris : Dunod.
- 19- Bergeret, J. (2004). *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris : Masson.
- 20- Bergeret, J. (1996.). *La personnalité normale et pathologique*. Paris : Masson.
- 21- Besnard, C. (2003). Les violences intrafamiliales : types d'agression subies par les enfants dans le passé, la maltraitance des jeunes enfants, pour une prévention dès avant la naissance, dossier: les enfants victimes [parie2] dans le *journal international de victimologie*, année 2(1), Repéré à <http://WWW.JIVD.Com>.
- 22- Bit (2001). Etude sur les enfants travailleurs. Inédit.
- 23- Bouchard, E. M., Tourigny, M., Joly, J., Herbert, M. & Cyr, M. (2008). Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 56 (5), 333- 344.
- 24- Brandon, S. & al. (1998). Recovered memories of childhood sexual abuse: implication for clinical practice. *Journal of psychiatry*, 172, 296- 307.
- 25- Brengard, D. & Dumont, A-M. (2001/05), Maltraitements intrafamiliales des nourrissons : quelle prévention possible ? Réflexion sur une clinique de la "non demande". *Nervure : Journal de psychiatrie*, 14 (4), 19-23.
- 26- Britton, B., Firkin, P., Maureen & Tolfree, D. (2001), abus et exploitation : communication d'une journée sur l'abus et l'exploitation/développement de l'enfant dans *action for the Rights on children (ARC)* (Ed), David NOSWORTHY, (pp. 5-6, 18, 21, 28-41).
- 27- Conners, A., N., Whiteside-Mansell, L., Deere, D., Ledet, T. & Edwards, C., M. (2006). Measuring the potential for child maltreatment: The reliability and validity of the adult adolescent parenting inventory. *Child abuse and neglect*, 30, 39- 53.

- 28- Crocq, L. (1992). Panorama des séquelles traumatiques psychiques, névroses traumatiques, état de stress post- traumatique et autres séquelles. *Psychologie médicale*, 24, 425- 432.
- 29- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob.
- 30- Crocq, L. & Doutheau, C. (1995). *Psychiatrie de catastrophe*, dans Thérapeutique psychiatrique. Paris : Hermann.
- 31- Dassa, S. K, Djassoa, G., Seck, B., Bailly Salin, P., Dubus, P. & Ferrari, P. (2000). Les perspectives pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Afrique subsaharienne : cas du Togo. *Neuropsychiatrie enfance adolescence*, 48, 284-288.
- 32- Dassa, S. K., Douti, N. K., Kpanaké, L., Koti, B. & Küchenhoff, B. (2005). Typologie de la maltraitance des enfants au Togo. *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 156, 240-246.
- 33- Dassa, S. K., Balaka, B., Douti, N. K., Agbere, A. R., Ahyi, R. G. & Ferrari, P. (2005a). Connaissance et perceptions des violences domestiques à Lomé (Togo), *neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 53, 432-436.
- 34- Dassa, S. K., Balaka, B., Douti, N. K., Banakinao, M. Y., Kouassi, A. K., Agbere, A. R., Ahyi, R. G. & Ferrari, P. (2005b). Etude sur la maltraitance des enfants dans les familles au Togo et réflexion sur les normes éducatives. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 53, 426- 431.
- 35- Dassa, S. K, Biyong, I., Sylla, A., Fayida, I., Djassoa, G. & Ahyi, R. G. (2006). Troubles psychopathologiques des réfugiés africains vivant à Lomé (Togo). *Jpm*, 1 (1), 37-44.
- 36- Dassa, S. K., Thiam, M. H. & Ahyi, R. G. (2007). La maltraitance des enfants et adolescents au Togo. *Perspectives psy*, 46 (4), 341-348.
- 37- Dassa, S. K., Balaka, B., Agbere, A. R., Kouassi, A. K., Wiyauou, A., Amouzou, K., Kessié, ... Küchenhoff, B. (2007). Pratiques éducatives et environnement social de l'enfant de 0 à 5 ans dans la région centrale. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, 158, 287-295.
- 38- Dassa, S. K., Sylla, A. (2009). Les facteurs associés à l'inceste en Afrique subsaharienne. *J. Rech. Sci. Univ. Lomé (Togo)*, série D, 11(1), 1-5.

- 39- Dayan, M. (1995). *Trauma et devenir psychique*. Paris : Puf.
- 40- De Ajuriaguerra, J. (1980). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Masson.
- 41- De Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1982). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris : Masson.
- 42- De Becker, E. (2006). Clinique et repères diagnostiques de l'enfant abusé sexuellement. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19 (6), 211-217.
- 43- De Becker, E. (2009). Inceste et facteurs de résilience. *Annales médico-psychologiques*, 167, 597- 603.
- 44- De Becker, E. & Leurquin, F. (2010). L'impact des maltraitances physiques infantiles. *Annales médico-Psychologiques*, 168, 746- 751.
- 45- De Clercq, M. & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- 46- De Gasquet, B. (2002). *L'enfance abusée : la mort dans l'âme*. Paris : Robert Jauze.
- 47- De Landsheere, G. (1976). *Introduction à la recherche en éducation*. Paris : Puf
- 48- Devereux, G. (1977). *Essai d'ethnopsychiatrie générale*. Paris : Gallimard.
- 49- DSM-IV (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson
- 50- DuMont, A., K., Widom, S., C. & Czaja, J., S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child abuse and neglect*, 31, 255- 274.
- 51- Ecpat International (2002- 2003). Blaming children for their own exploitation: the situation in East Asia. Dans *Rapport d'E.C.P.A.T sur la mise en oeuvre de l'agenda d'action*.
- 52- Ecpat International (2007). *Questions et réponses au sujet de l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales*. PP 4, 11-12, 15- 16, 26.
- 53- Ennew, J. (1987). *Exploitation sexuelle des enfants/ traduit de l'anglais par Yves Bonin*. Paris : Eshel.
- 54- Erikson, E. (2001). *Adolescence et crise*. Paris : Champs, Flammarion.
- 55- Ethier, S., L., Lemelin, J.- P. & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child abuse and neglect*, 28, 1265- 1278.

- 56- Fayida, I. (2004). *Traumatisme psychique et résilience chez les réfugiés rwandais vivant à Lomé (Togo)*. enquête réalisée du 01 au 24 octobre 2004, (Mémoire de DESS de psychologie clinique inédit). Université Lomé.
- 57- Fenichel, O. (1945). *La théorie psychanalytique des névroses*. 2 volumes, Paris : Puf.
- 58- Ferenczi, S. (1982). *Psychanalyse IV- œuvres complètes 1927- 1933*. Paris : Payot.
- 59- Fernandez-Zoïla, A. (1997). La psychopathologie. Dans Yves Pelicier, *dictionnaire des concepts, les objectifs de la psychiatrie*. Bedous : Ed l'Esprit du temps.
- 60- Freud, A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants (1926-1945)*. Trad. Fr. Paris : Puf.
- 61- Freud, A. (1952). *Les mécanismes de défenses (1946)*. Trad. fr. Paris : Puf.
- 62- Freud, A. (1968). *Le normal et le pathologique chez l'enfant (1965)*, Trad. Fr. Paris : Gallimard.
- 63- Freud, S. (1914). *Pour introduire le narcissisme*. Dans la vie sexuelle (pp. 81- 105), 1969, traduit par J. Laplanche. Paris : Puf.
- 64- Freud, S. (1919). *Introduction à la psychanalyse des névroses de guerre*.
- 65- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Réimp. (1963). Dans « *Essais de psychanalyse* », Coll. Petite Bibliothèque. Paris : Payot.
- 66- Freud, S. (1936). *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris : Gallimard.
- 67- Freud, S. (1950). *Abrégé de psychanalyse*. Paris : Puf.
- 68- Freud, S. (1951). *Le Moi et le ça, essais de psychanalyse*. Paris : Payot.
- 69- Freud, S. (1959). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- 70- Freud, S. (1962). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Paris : Gallimard.
- 71- Freud, S. (1995). *Psychanalyse- œuvres complètes de 1931- 1936*. Paris : Puf.
- 72- Freud, S. (2001). *Les cinq leçons sur la psychanalyse*. Paris : Petites bibliothèques Payot.
- 73- Freud, S. (2005). *Inhibition, symptômes et angoisse*. Paris : Puf.
- 74- Freud, S & Breuer (1956). *Etude sur l'hystérie*. Paris : Puf.
- 75- Grawitz, M. (1993). *Méthodes des sciences sociales*. 9^e édition. Paris : Ed Dalloz.

- 76- Greenacre, Ph. (1971). *Traumatisme, croissance et personnalité*. Paris : Puf. Traduit de l'anglais, 332 p.
- 77- Hayez, J.-Y. (2010). *La parole de l'enfant en souffrance : Accueillir, évaluer et accompagner*. Paris : Dunod.
- 78- Hecht, B. & D., Hansen, J., D. (2001). The environment of child maltreatment contextual factors and development of psychopathology. *Aggression and violent behavior*. 6, 433- 457.
- 79- Heuyer, G. (1948). Psychopathologie de l'enfance victime de la guerre. *Sauvegarde* 17, 3- 43.
- 80- Hildyard, L., K. & Wolfe, A., D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child abuse and neglect*, 26, 679- 695.
- 81- Hoffmann, C. (Dir.). (2000). *L'agir adolescent*. Toulouse : Erès.
- 82- Institut de statistique du Québec (2000). *La violence familiale dans la vie des enfants du Québec*. collection santé et bien être.
- 83- Kathryn, R. W., David, J. H. & Ming, L. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and violent behavior*. 16, 87-97.
- 84- Katz, J. F. & al (1997). Victimologie et urgence psychiatrique : prise en charge du traumatisme psychique en urgence. Dans *urgences psychiatriques*. Guide pratique, thérapeutique et juridique. Paris : Estem.
- 85- Katz, J. F., Cressard, P. & Franc, R. (1997). *Réactions de stress aigu aux événements traumatiques*. Les cahiers de psychiatrie. Paris : Interligne.
- 86- Katz, J. F., Ziemmerman, M.- A. & Cressard, P. (1997). *Les mécanismes de la mémoire traumatique et le PTSD (syndrome de stress post-traumatique)*. Les cahiers de psychiatrie. Paris : Interligne.
- 87- Kreisler, L., Fain, M. & Soule, M. (1990). *L'enfant et son corps : étude sur la psychosomatique du premier âge*. Paris : Puf.
- 88- Lafon, R. (2006). *Vocabulaire de la psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*. Paris : Puf.
- 89- Laplanche, J. & Pontalis, J.- B., (2003). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Puf.

- 90- Lebigot, F., (1998). le débriefing individuel du traumatisé psychique. *Annales médico-psychologiques. Revue de psychiatrie*, 156 (2) Paris : Masson.
- 91- Lebigot, F. (1999b). Dépression post-traumatique chez un patient originaire d'Afrique Noire. *Ann. Méd-psychol.* 157 (3), 213- 216.
- 92- Lebigot, F. (2006). *Traiter les psychotraumatismes*. Paris : Dunod.
- 93- Lebigot, F. & al. (1997). Le débriefing psychologique collectif. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrie*, 155 (6), 370- 378, Paris : Masson.
- 94- Lebovici, S., Diatkine, R. & Soule, M., (2004). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 4 tomes. Paris : Puf.
- 95- Lemitre, S. (2001). Aide aux victimes : Prise en charge du traumatisme psychique. *psychologues et psychologies*, 161, 6- 9.
- 96- Limazié, K. (2000), *La maltraitance des enfants au Togo : aspects cliniques et épidémiologiques*. A propos de 166 cas colligés à Lomé de janvier 1998 à mars 2000. (mémoire pour l'obtention du grade des Assistants médicaux). Université de Lomé.
- 97- Lôo, P., Lôo, H. & Galinowski, A. (2003). *Le stress permanent : réaction- adaptation de l'organisme aux aléas existentiels*. Paris : Masson.
- 98- Lopez, G., Jehel, L. & al. (2006). *Psychotraumatologie*. Paris : Dunod.
- 99- Lopez, G. & Bornstein, S. (1995). *Victimologie clinique*. Paris : Maloine.
- 100- Lopez, G., Sabouraud- Seguin, A., Jehel, L. & al. (2006). *Psychothérapie des victimes*. Paris : Dunod.
- 101- Manciaux, M., Gabel, M., Girodet, D., Mignot, C. & Rouyet, M. (1997). *Enfances en danger*. Paris : Fleurus.
- 102- Marcelli, D. (1999). *Adolescence et psychopathologie*. Paris : Masson.
- 103- Massie, H. & Szajnberg, N. (2006). My life is a longing: child abuse and its adult sequelae. Results of the Brody longitudinal study from birth to age 30. *Int J psychoanal*, 87, 471- 496.
- 104- Mbassa Menick, D., Dassa, S. K., Kenmogne, J. B. & Abanda Ngon G. (2009). Mineures exploitées sexuellement à des fins commerciales: études multicentrique, exploratoire et prospective au Cameroun. *Médecine tropicale*, 69 (1), 91-96.

- 105- Michel, B. (2006). *L'art de la thèse : comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout travail universitaire à l'air du net*. Paris : la découverte.
- 106- Mics (mars 2007). Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples, Togo 2006. *Rapport final*. Direction générale de la statistique et de la comptabilité nationale. République du Togo : Unicef.
- 107- Miller, A. (1986). *Enfant sous la terreur : l'ignorance de l'adulte*, traduit de l'allemand par Jeanne Etoré, Paris : Aubier.
- 108- Ministère Français des affaires sociales et de l'intégration. *Les abus sexuels à l'égard des enfants : comment en parler*. Dossier technique. France, PP. 5, 90.
- 109- Ministère des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfance, Fnuap (2002). *Manuel d'information et de sensibilisation sur les violences basées sur le genre*. Lomé.
- 110- Ministère des affaires sociales, de la promotion de la femme et de la protection de l'enfance (août 2003). Revue des pairs. *rapport sur la situation et les stratégies de protection des enfants au Togo*.
- 111- Mises, R., Fortineau, J., Jeammet, P., Mazet, P., Plantade, A. & Quemada, N., (1987). Vers une classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *La formation Psychiatrique*, 63, N° Spécial, mars.
- 112- Mucchielli, A. (1986). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Puf.
- 113- Mucchielli, R. (2006). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris : Esf.
- 114- Mucchielli, R. (2003). *Interview de groupe*. Paris : Esf.
- 115- Mucchielli, R. (1998). *Entretien face à face*. Paris : Esf.
- 116- Mulumba, M. & al. (2005). *Abus et violences sexuels faits à l'enfant et à la femme au Katanga*. Sites de Lubumbashi et du Poste frontalier de Kasumbalesa. Rapport des recherches effectuées durant la treizième session des travaux de l'Observatoire du Changement Urbain, décembre 2004 -février 2005. Université de Lubumbashi.
- 117- Neil, A. S. (1972). *Libres enfants de Summerhill*. Paris : François Maspero.
- 118- Oms (1999). *Rapport de la consultation sur la prévention de la maltraitance de l'enfant*. Genève : Oms, P.15.

- 119- Oms (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève : Oms, P. 65- 89.
- 120- Oms & International society for prevention of child abuse and neglect (2006). *Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants : intervenir et produire des données*. Rédigé par Alexander Butchart et al., imprimé en France.
- 121- Oms (2000). *Classification Internationale des Maladies, Dixième révision, Chapitre V (F) : Troubles Mentaux et Troubles du Comportement, Critères Diagnostiques pour la recherche*. Paris : Masson.
- 122- Omt (2001). *La protection des enfants contre l'exploitation sexuelle dans le tourisme*. Module de formation touristique pour les futurs professionnels du tourisme, Madrid, Espagne.
- 123- Plan Togo (2007). *Pour le Prix d'un Vélo*. Rapport.
- 124- Plaquette, D., Laporte, L., Bigras, M. & Zoccolillo, M. (2004). Validation de la version française du CTQ et prévalence de l'histoire de maltraitance, *Santé mentale au Québec*, 29 (1), 201- 220.
- 125- Ponseti-Gaillochon, A., Duchet C. & Molenda, S. (2009). *Le débriefing psychologique : pratique, bilan et évaluation des soins*. Paris : Dunod
- 126- Pratt, D.,H. & Greydanus, E., D. (2003). Violence: concepts of its impact on children and youth. *The pediatric clinics of North America*, 50, 963- 1003.
- 127- Quivy, R. & Campenhout, L. V. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- 128- Rapoport, D., Roubergue Schlumberger, A. & Cyrulnik, B. (2003). *Blanche-neige, les sept naines et... autres maltraitances : la croissance empêchée*. Paris : Belin.
- 129- Reuchlin, M. (2002). *Les méthodes en psychologie « Que sais-je »*. Paris : Puf.
- 130- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse and Neglect*. 28, 525- 545.
- 131- Rouyer, M. & Drouet, M. (1986). *L'enfant violenté : Des mauvais traitements à l'inceste/ préf. P. Strauss*. Paris : le centurion.
- 132- Rusa, F. (1980). *Le secret le mieux gardé : l'exploitation sexuelle des enfants/ préface de Christiane Oliviers, traduit de l'américain par William Desmond*. Paris : Denoël/ Gonthier.

- 133- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. London: Hodder and Stronghton.
- 134- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: mac Graw Hill.
- 135- Sgrois, S. M. (1986). *L'agression sexuelle et l'enfant*. Québec : édition du trécaré.
- 136- Sillamy, N. (1983). *Dictionnaire usuel de psychologie*. Paris : Bordas.
- 137- Sibony, D. (1998). *Violence*. Paris : éditions du seuil.
- 138- Silovsky, F., J., Bard, D., Chaffin, M., Hecht, D., Burris, L., Owora, A., Beasley, L., Doughty, D. & Lutzker, J. (2011). Prevention of child maltreatment in high-risk rural families: A randomized clinical trial with child welfare outcomes. *Children and youth services review*, 33, 1435- 1444.
- 139- Sivadon, P. (Dir.) (1973). *Traité de psychologie médicale*. tome III, Paris : Puf.
- 140- Sowou, K. H. D. (2008). *Comportement antisociaux des enfants et attitudes éducatives maltraitantes des responsables parentaux : étude prospective à propos de 48 enfants et 48 responsables parentaux recensés aux centre espérance de Wao Afrique de Lomé, de novembre 2007 à mars 2008 (Mémoire de DESS de psychologie de la Santé inédit)*. Université de Lomé.
- 141- Spitz, R. (1975). *De la naissance à la parole*. Paris : Puf.
- 142- Stith, M. S., Lui, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, M. J., Som, A., McPherson, M., J.E.M.E.G. Dees (2009). Risk factors in child maltreatment: A metaanalytic review of the literature. *Agression and violent behavior*, 14, 13- 29.
- 143- Strauss, P. & Manciaux, M. (1993). *L'enfant maltraité*. Paris : Puf
- 144- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, L., M., Paglia-boak, A. & The MAP Research Team (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child abuse and neglect*, 35, 887-898.
- 145- Tursz, A. & Gerbouin Rerolle, P. (2008). *Enfants maltraités : les chiffres et leur base juridique en France*. Cachan : Tec & Doc Lavoisier : Ed. médicales internationales, vol., n°, XX+220p., index, ann. 77 réf.
- 146- Unicef (2002). *Etude sur toutes les formes de violences à l'égard de l'enfant*. rapport technique, Lomé- Togo.
- 147- Unicef (2001). *Femmes et Enfants du Togo*.

- 148- Unicef (2002). *Plan Togo, 2005*.
- 149- Unicef (2006). Chiffres de 2004.
- 150- Union africaine (1990). *Charte africaine des droits et du bien être de l'enfant*. vingt-sixième conférence des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Oua, Addis Abéba.
- 151- Vaillant, C., Portelli, S., Baudon, Y., & al., Damiani, C. (éd) (2000). *Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ?* Revigny-sur-Ornain : Hommes et perspectives.
- 152- Van Gijsegaem, H. (1985). Autre regard sur les conséquences de l'inceste père- fille, *revue canadienne de psycho-éducation*, PP. 14, 2, 138, 145.
- 153- Vila, G., Porche, L.M. & Mouren-Simeoni, M.C. (1998). *L'enfant victime d'agression*. Paris : Masson.
- 154- Vila, G. (2006/05). L'état de stress post-traumatique chez l'enfant. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 19 (3), 97-100.
- 155- Vinville Loeb, B., Olivier, N., Lauquin, P. & Bailly, D. (2001/03). Le syndrome de Münchhausen par procuration : revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 14 (2), 97-103.
- 156- Yoholou, K. (2004). *Psychotraumatismes des enfants victimes de trafic*. (Mémoire de maîtrise de psychologie de la santé inédit). Université de Lomé.

Sources électroniques

- 1- Enfants du monde (2002), *convention internationale des droit des enfants, enfance volée à la mallette*. Repéré à [http// www.allo119.gouv.fr](http://www.allo119.gouv.fr).
- 2- Josse, E. (2007), Le traumatisme psychique : Quelques repères notionnels, *JIDV 15*, Tome 5, numéro 3 - Juillet 2007, Belgique. Repéré à [http// www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)
- 3- Josse, E., Le stress traumatique, c'est quoi ? Repéré à [http// www.resilience-psy.com](http://www.resilience-psy.com)
- 4- Riguet, A. & De Reparaz, A. (2010). *L'inceste : enfances brisées, vies explosée*. Un documentaire produit par Actual, avec la participation de France Télévision, 10 mai, présenté par Béatrice Schönberg. Repéré à [http// www.carnetdeliens-abussexuels.net](http://www.carnetdeliens-abussexuels.net).
- 5- Marion, D. (2008). *Maltraitance à enfant : le meurtre d'âme*. Repéré à [http//www.analyse-integrative-re.com/xmedia/textes-articles/sommaire-psycho/maltraitance.pdf](http://www.analyse-integrative-re.com/xmedia/textes-articles/sommaire-psycho/maltraitance.pdf).
- 6- Thurin, J.-M. (2000). *Définition du stress : aigu, répété, chronique*. Dans wikipedia. Repéré le 19 mai 2011 à [http// www.wikipédia.org/wiki/ stress](http://www.wikipédia.org/wiki/stress)
- 7- Schönberg, B. (2010). *Abus sexuel*. Repéré à [http// www.carnetdeliens-abussexuels.net](http://www.carnetdeliens-abussexuels.net)
- 8- Herbert, C., Brunet, A. & Wemmers, J.- A. (2009). « De la redéfinition des violences et des maltraitances à l'approche thérapeutique du trauma ». Repéré à [http// www.jidv.com](http://www.jidv.com)

ANNEXES

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXE 1 : guide d'entretien semi-dirigé

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I- Identité de l'enfant

Nom et prénoms :

Age : Sexe :

Ethnie :

Profession :

Origine :

Lieu de résidence :

Lieu de vie de l'enfant : parents ou tuteurs

II- Identité des parents

Profession

Situation matrimoniale des parents

Régime matrimonial des parents

Situation de vie des parents : vivant ou décédé

La relation de l'enfant avec ses parents ou tuteurs

III- motif d'admission dans le centre

IV- les maltraitances

Nombre de maltraitances subies

Circonstances et nature de la maltraitance (ou des maltraitances) subie : physique, psychologique, sexuelle.

Date et Lieu de la maltraitance

Nombre de fois où la (ou les) maltraitance (s) s'est (se sont) produite (s)

Le (ou les) auteurs de la maltraitance

Réaction de l'enfant après la maltraitance

La réaction des parents après la maltraitance

Le vécu de l'enfant après la maltraitance

Comportement actuel de l'enfant par rapport aux adultes et par rapport à ses pairs

Ressenti actuel de la maltraitance

ANNEXE 2 : Grille d'observation

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I- Les conséquences physiques des maltraitances

Plaies sur le corps, cicatrices,

Traces de bleus,

Griffures, morsure,

Hématomes, ecchymoses

Brûlures (main, doigt...)

Les mains tailladées, les doigts...

Écoulement de sang du corps

Bandages ou pansements

Yeux rouges

Traces de liens

Fractures, luxations

II- CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES : Troubles psychotraumatiques

1- Etat de stress post-traumatique (ESPT)

- reviviscence : mise en scène du traumatisme, jeux post- traumatiques, cauchemars traumatiques
- Inhibition de la réactivité : réduction de la capacité à jouer, repli sur soi, isolement, perte de savoir-faire : langage ; propreté
- Troubles de sommeil : somnambulisme, difficultés de concentration, difficultés à s'endormir, hyper vigilance, terreurs nocturnes, réaction de sursaut

2- Manifestations psychosomatiques

- Bronchites asthmatiques
- Eczéma
- Troubles fonctionnels digestifs
- Troubles des règles (adolescentes)
- Douleurs abdominales

- Bégaiements et tics

3- troubles de développement et troubles cognitifs

- Baisse des performances scolaires
- Inhibition de la pensée
- Refoulement de la pensée
- Diminution des capacités d'apprentissage

4- Développement de la personnalité

- Agressivité
- Perte de confiance en soi
- Difficultés à aborder le concept d'avenir
- Pas de perspective du futur
- Comportement autodestructeur
- Dénier de la peur et exposition à des situations dangereuses.

5- Morale et socialisation

- Délinquance juvénile
- Tendance revendicatrice
- Indiscipline

6- Autres troubles

ANNEXE 3 : Grille de catégories

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I- DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom et prénoms :

Age : 1. 0- 5ans ; 2. 6- 10 ; 3. 11- 15ans ; 16- 20ans

Sexe : 1. F 2. M

Position dans la fratrie : 1. aîné, 2. position médiane, 3. cadet

Région d'origine : 1. Maritime ; 2. Plateaux, 3. Centrale 4. Kara, 5. Savanes, 6. Étranger

Profession : 1. Domestique ; 2. élève ; 3. apprenti, 4. autre

Lieu de résidence : 1. Lomé, 2. Autres villes du Togo, 3. étranger

Situation des parents : Père : 1. vivant, 2. mort ; Mère : 1. vivante, 2. morte

Profession des parents : père : 1. fonctionnaire, 2. artisan, 3. Fonction libéral, 4. retraité, 5. sans emploi, 6. autre

Mère : 1. fonctionnaire, 2. artisan, 3. Fonction libéral, 4. retraité, 5. sans emploi, 6. ménagère, 7. autre

Nationalité : 1. togolaise, 2. étrangère

Lieu de résidence des parents s'il est autre que celui de l'enfant: 1. Lomé, 2. ville de l'intérieur, 3. étranger, 4. autre

Statut matrimonial des père et mère : 1. Célibataire, 2. Marié, 3. Divorcé, 4. Veuf/veuve, 5. Concubinage, 6. Autre.

Régime matrimonial : 1. Polygamie, 2. monogamie

Avec qui l'enfant vit : 1. père, 2. mère, 3. Tante, 4. oncle, 5. cousin/cousine, 6. frère/sœur, 7. patron, 8. tuteur, 9. autre

Date à laquelle la violence s'est produite : 1. 0 à 1 semaine, 2. 1 à 2 semaines, 3. 2 à 3 semaines, 4. 3 à 4 semaines, 5. 1 mois à 2 mois, 6. 2 à 3 mois, 6. sup. à 3 mois

Lieu : 1. domicile, 2. école, 3. autre

Nombre de fois : 1. 1fois, 2. 2fois, 3. 3fois, 4. Plus de de3 fois

Auteur de la violence : 1. Père, 2. mère, 3. tuteur, 4. enseignant, 5. oncle 6. Tante, 7. Cousin, 8. Ami, 9. Inconnu

II- LES TYPES DE VIOLENCES

1- Violence physique : 1. Oui ; 2. non

Types de violences physiques : 1. Battre, 2. Tirer les oreilles, 3. Brûler (main, doigt...), 4. Gifler, 5. Agenouiller durant plusieurs heures, 6. Taillader les mains, les doigts, 7. Autres

2- Violence psychologique : 1. oui, 2. non

Types de violences psychologiques : 1. injures, 2. disputes des parents, 3. refus d'adresser la parole, 4. privation de tout genre, 5. négligence, 6. autres

3- Violence sexuelle : 1. oui, 2. non

Types de violences sexuelles : 1. Viol avec ou sans pénétration (anale, orale, vaginale), 2. Attouchement, 3. Harcèlement sexuel, 4. Introduction du doigt ou autre objet dans le vagin, 5. Exposition à des images pornographiques, 6. Tentative de viol, 7. Contraindre à avoir des relations sexuelles avec une autre personne, 8. Prostitution forcée, 9. Autres

III- CONSEQUENCES DE LA MALTRAITANCE

A- conséquences physiques : a- violences physiques :

1. Visage gonflé, 2. Plaies sur le corps, 3. Fractures, 4. Luxations, 5. Cassure de la tête, 6. Yeux au beurre noir, 7. Écorchures, 8. Érythèmes, 9. brûlures, 10. Morsure
7. ecchymose, 8. Tuméfaction, 9. Autre

b- violence sexuelle :

1. marche difficile, 2. Maux de bas ventre, 3. Déchirure du périnée, 4. Infections génitales, 5. Écoulement de sang du vagin, 6. Autre

B- conséquences psychologiques

1- La réaction du sujet après la violence : 1. agressivité, 2. colère, 3. se méfie de tout, 4. tristesse, 5. hébétude, 5. aucune réaction, 6. pleurs, 7. autre

2- Le vécu de la violence : 1. Le sentiment de culpabilité, 2. le sentiment de peur, 3. le sentiment d'impuissance, 4. l'angoisse, 5. sentiments de honte et la souillure, 6. les changements d'humeur

3- Impact psychologique actuel de la violence :

3.1- Dépression : 1. Tristesse, 2. Insomnie, 3. asthénie, 4. Manque d'appétit, 5. idées suicidaires, 6. Tentative de suicide, 7. idées de mort

3.2- Etat de stress post-traumatique (ESPT)

1. reviviscence :

Les manifestations : 1. mise en scène du traumatisme, 2. Jeux post- traumatiques, 3.

Cauchemars traumatiques

2. Inhibition de la réactivité :

Les manifestations : 1. Réduction de la capacité à jouer, 2. Repli sur soi, 3. Isolement, 4.

Perte de savoir-faire : 1. langage, 2. propreté

3. Troubles de sommeil

Les manifestations : 1. somnambulisme, 1. difficultés de concentration, 2. difficultés à s'endormir, 3. hyper vigilance, 4. Terreurs nocturnes, 5. réaction de sursaut

3.3- Troubles psychosomatiques

Les manifestations : 1. Bronchites asthmatiques, 2. Eczéma, 3. Troubles fonctionnels digestifs, 4. Troubles des règles (adolescentes), 5. Douleurs abdominales, 6. Bégaiements et tics

3.4- troubles de développement cognitifs

Les manifestations : 1. Baisse des performances scolaires, 2. Inhibition de la pensée, 3. Refoulement de la pensée, 4. Diminution des capacités d'apprentissage

3.5- Troubles de développement de la personnalité

Les manifestations : 1. Agressivité, 2. Perte de confiance en soi, 3. Difficultés à aborder le concept d'avenir, 4. Pas de perspective du futur, 5. Comportement autodestructeur, 6. Dénier de la peur et exposition à des situations dangereuses.

3.6- Troubles du domaine de la morale et de la socialisation

Les manifestations : 1. Délinquance juvénile, 2. Tendance revendicatrice, 3. Indiscipline

3.7- autres

ANNEXE 4 : Nosographies modernes

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

4.1. Classification internationale des maladies, dixième révision (CIM-10)

Le chapitre V (F) de la CIM-10 est celui qui concerne la classification des troubles mentaux et troubles du comportement.

Cette classification subdivise les troubles mentaux en catégories. Nous avons ainsi 11 catégories divisées en section :

k. Troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques (F00- F09)

Cette catégorie rassemble tous les troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou lésions cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau.

Nous pouvons citer dans cette catégorie :

- *La démence de la maladie d'Alzheimer (F00)* : C'est une maladie cérébrale dégénérative primitive d'étiologie inconnue dont la neuropathologie et la neurochimie sont caractéristiques. Elle débute habituellement de façon insidieuse et progresse lentement mais régulièrement en quelques années, parfois deux, trois ans seulement.

- *La démence vasculaire (F01)* : elle inclut la démence à infarctus multiples et se distingue de la démence de la maladie d'Alzheimer par son mode de survenue, ses caractéristiques cliniques et son évolution. Elle se manifeste souvent à un âge tardif et peut survenir brutalement à la suite d'un épisode ischémique isolé ou s'installer plus progressivement. Elle résulte habituellement d'un infarctissement cérébral dû à une maladie vasculaire.

- *Les démences associées à d'autres maladies classées ailleurs (F02)* : il s'agit des démences dues ou supposées dues à d'autres causes que la maladie d'Alzheimer ou la maladie vasculaire cérébrale. Elles peuvent débiter à tout âge mais ne surviennent rarement qu'à un âge avancé.

- *La démence sans précision (F03)* : on classe dans cette catégorie tout trouble répondant aux critères généraux de démence, sans qu'il soit possible d'identifier un type particulier.

- *Le syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F04)* : ce trouble est dominé par une altération de la mémoire

immédiate. La capacité à apprendre des informations nouvelles est nettement réduite, entraînant une amnésie antérograde et une désorientation temporelle.

- *Le delirium non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives (F05)* : c'est un syndrome cérébral organique sans étiologie spécifique, caractérisé par la présence simultanée d'une perturbation de la conscience et de l'attention, de la perception, de l'idéation, de la mémoire, du comportement psychomoteur, des émotions, et du rythme veille-sommeil. Il peut survenir à tout âge mais est plus fréquent après 60 ans.

- *Autres troubles mentaux dus à une lésion ou à un dysfonctionnement cérébral, ou à une affection physique (F06)* : Cette catégorie regroupe divers troubles étiologiquement liés à un dysfonctionnement cérébral dû à une affection cérébrale primitive, à une affection somatique touchant secondairement le cerveau, à un trouble endocrinien ou à une autre affection somatique, à certaines substances toxiques exogènes ou à un traitement hormonal.

- *Troubles de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement cérébral (F07)* : une altération de la personnalité et du comportement peut constituer un trouble résiduel ou concomitant d'une maladie, d'une lésion ou d'un dysfonctionnement cérébral. Dans certains cas, les anomalies résiduelles ou concomitantes de la personnalité et du comportement présentent des particularités cliniques permettant d'évoquer une localisation ou un type particulier de pathologie intracérébrale.

- *Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision (F09)* : cette catégorie inclut les troubles mentaux dont l'origine organique est connue (psychose organique, psychose symptomatique).

I. Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

Cette section regroupe des troubles très divers dont la sévérité va de l'intoxication et de l'utilisation nocive non compliquées à des troubles psychotiques manifestes et à la démence. Ils ont en commun le fait d'être en rapport avec l'utilisation d'une ou de plusieurs substances psycho-actives. Nous avons ainsi :

- *Intoxication aiguë (F1x.0)* : C'est un état transitoire consécutif à la prise de l'alcool ou d'une autre substance psycho-active, caractérisé par des perturbations de la conscience, des fonctions cognitives, de la perception, de l'affect et du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques.

- *Utilisation nocive pour la santé (F1x.1)* : Il s'agit du mode de consommation d'une substance psycho-active qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques (épisode dépressif consécutif à une forte consommation).

- *Syndrome de dépendance (F1x.2)* : C'est l'ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psycho-active spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance réside dans le désir de prendre une substance psycho-active particulière. Il peut s'agir d'une substance spécifique, d'une catégorie de substances ou de plusieurs substances différentes (tabac, alcool, opiacées, un médicament...).

- *Syndrome de sevrage avec ou sans délirum (F1x.3, F1x.4)* : ensemble de signes ou de symptômes qui surviennent lors d'un sevrage partiel ou complet d'une substance psycho-active consommée de façon répétée et habituellement prolongée ou massive. Cet état peut se compliquer de délirum pouvant mettre en jeu le pronostique vital.

- *Trouble psychotique (F1x.5)* : ensemble de phénomènes psychotiques survenant durant ou immédiatement après la prise d'une substance psycho-active. Il se caractérise par d'intenses hallucinations (typiquement auditives, mais souvent également polysensorielles), d'une distorsion des perceptions, d'idées délirantes ou de référence (souvent de type paranoïaque ou persécutoire), de perturbations psychomotrices (agitation ou stupeur) et d'affects anormaux, pouvant aller d'une peur intense à l'extase. Ces troubles disparaissent habituellement après l'arrêt de la consommation de substances.

- *Syndrome amnésique (F1x.6)* : il est dominé par la présence de troubles chroniques de la mémoire récente. La mémoire des faits anciens est parfois perturbée alors que la mémoire immédiate est préservée. Il existe habituellement des perturbations manifestes de la perception du temps et de la chronologie des événements, ainsi qu'une altération de la capacité à apprendre des informations nouvelles.

- *Troubles résiduels et troubles psychotiques de survenue tardive (F1x.7)* : les modifications de cognition, des affects, de la personnalité ou du comportement, induites par les substances psycho-actives, persistent au-delà de la période où l'on estime que la substance a des effets directs.

D'autres troubles causés par l'utilisation d'une substance psycho-active, mais ne répondant aux critères d'aucun des troubles ci-dessus décrits sont classés dans « autre sous catégorie » (F1x.8, F1x.9).

m. Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20- F29)

La schizophrénie est le trouble le plus courant et le plus important de ce groupe. Le trouble schizotypique comporte de nombreuses caractéristiques de la schizophrénie

- *Schizophrénie (F20)* : on réunit ici toutes les formes de schizophrénie et des formes apparentées : les formes paranoïde, hétéroforme, catatonique, et indifférenciée de la schizophrénie. Ces troubles sont habituellement caractérisés par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que des affects inappropriés ou émoussés.

- *Trouble schizotypique (F21)* : il est caractérisé par un comportement excentrique et des anomalies de la pensée et des affects, ressemblant à celles de la schizophrénie mais ne comportant aucune anomalie schizophrénique manifeste ou caractéristique à un moment quelconque de l'évolution. Ce trouble évolue de façon chronique avec une intensité fluctuante. Il évolue parfois vers une schizophrénie manifeste.

- *Troubles délirants persistants (F22)* : il s'agit de divers troubles caractérisés uniquement par la présence d'idées délirantes persistantes et ne pouvant être classés parmi les troubles organiques, schizophréniques ou affectifs.

- *Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)* : ce groupe est caractérisé par :

- Le caractère aigu de la survenue du trouble (en deux semaines ou moins) ;
- La présence de symptômes typiques ;
- La présence de facteur de stress aigu.

En général ces troubles guérissent complètement en moins de trois mois, souvent en quelques jours. Ils évoluent rarement vers des états persistants et invalidants.

- *Trouble délirant induit (F24)* : trouble délirant rare, partagé par deux ou parfois plusieurs personnes très étroitement liées sur le plan émotionnel. Un seul des partenaires présente un trouble psychotique authentique. Les idées délirantes sont induites chez l'autre (les autres) personne(s) et sont habituellement abandonnées en cas de séparation.

La pathologie psychotique du partenaire dominant est habituellement (pas toujours) de type schizophrénique. Les idées délirantes, primaires ou induites, sont habituellement chroniques et à thème de persécution ou de grandeur.

- *Troubles schizo-affectifs (F25)* : troubles épisodiques, dans lesquels les symptômes affectifs et les symptômes schizophréniques sont conjointement présents au premier plan de la symptomatologie, au cours du même épisode, typiquement de façon simultanée, ailleurs séparés par des intervalles de tout au plus quelques jours.

D'autres troubles psychotiques non organiques et des psychoses non organiques sans précision sont classés en F28 et F29.

n. Troubles de l'humeur (affectif) (F30- F39)

Ce groupe de troubles est essentiellement caractérisé par un changement d'humeur ou des affects, habituellement dans le sens de la dépression (avec ou sans anxiété associée), ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans le contexte de ces changements. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents. La survenue des épisodes individuels est souvent en relation avec des situations ou des événements stressants.

- *épisode maniaque (F30)* : il est caractérisé par l'élévation de l'humeur avec une augmentation de l'activité physique et psychique, en terme de quantité et de rapidité. La présence dans les antécédents d'autres épisodes affectifs : dépressifs, maniaques, ou hypomaniaques, doit faire porter un diagnostic de trouble affectif bipolaire. On inclut dans cette section : l'hypomanie, la manie avec ou sans symptômes psychotiques.

- *Trouble affectif bipolaire (F31)* : c'est un trouble caractérisé par plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens de l'élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (manie, hypomanie), tantôt dans le sens de l'abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression), avec habituellement une guérison complète entre les épisodes.

- *Episode dépressif (F32)* : il s'agit d'un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir et une réduction de l'énergie entraînant une augmentation

de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Des efforts minimes entraînent souvent une fatigue importante. Il y a trois degrés de la dépression : léger, moyen et sévère.

- *Trouble dépressif récurrent (F33)* : trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère, en l'absence de tout antécédent d'épisode indépendant d'exaltation de l'humeur et augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une légère augmentation de l'activité correspondant aux critères d'une hypomanie, succédant immédiatement un épisode dépressif.

- *Troubles de l'humeur persistant (F34)* : troubles persistants et habituellement fluctuants dans lesquels les épisodes individuels sont rarement suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, comme ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte, ils sont à l'origine d'une souffrance et d'une incapacité considérables. On classe dans ce lot, la cyclothymie, la dysthymie...

- *Autres troubles de l'humeur (F38)* : dans le cas d'un épisode affectif isolé persistant pendant au moins deux semaines, avec la présence de symptômes hypomaniaques, maniaques ou dépressifs ; ou au contraire devant un épisode récurrent de courte durée qu'il soit léger, moyen ou sévère, on les classe dans la catégorie autres troubles de l'humeur.

Cependant lorsqu'aucun autre terme ne convient, il s'agira d'un trouble de l'humeur sans précision (F39).

o. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40- 49)

- *Les troubles anxieux phobiques (F40)* : ce groupe de troubles est caractérisé par une anxiété déclenchée exclusivement et essentiellement par des situations ou des objets bien précis, sans dangerosité actuelle. Ces situations ou objets sont de ce fait typiquement évités ou endurés avec appréhension. Sur un plan subjectif, physiologique ou comportemental, l'anxiété phobique ne peut être distinguée d'autres formes d'anxiété ; son intensité peut varier d'un sentiment d'insécurité à la terreur.

- *Autres troubles anxieux (F41)* : troubles caractérisés essentiellement par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par

l'exposition à une situation déterminée. Ils peuvent s'accompagner de symptômes dépressifs ou obsessionnels ainsi que de certaines manifestations traduisant une anxiété phobique, ces manifestations étant toutefois secondaires ou peu sévères.

- *Troubles obsessionnels compulsifs (F42)* : troubles caractérisés essentiellement par des pensées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées obsédantes, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. Elles sont souvent à l'origine d'un sentiment de détresse, en particulier quand il s'agit de sentiment de violence, de pensée obscènes ou des pensées jugées absurdes par le sujet lui-même. Le sujet fait habituellement des efforts pour leur résister, mais en vain. Il reconnaît que ce sont ses propres pensées, même si celles-ci sont étrangères à sa volonté et souvent répugnantes.

- *Réaction à des facteurs de stress important et troubles de l'adaptation (F43)* : la définition de cette catégorie repose non seulement sur la symptomatologie et l'évolution mais aussi sur l'un ou l'autre des facteurs étiologiques suivants : un événement particulièrement stressant entraînant une réaction aiguë à un facteur de stress ou un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet, comportant des conséquences désagréables et durables et conduisant à un trouble de l'adaptation.

La réaction aiguë est un trouble transitoire, sévère survenant chez un individu ne présentant aucun autre trouble mental apparent, à la suite d'un facteur de stress physique ou psychique exceptionnel, et disparaissant habituellement en quelques heures ou en quelques jours.

La survenue d'une réaction aiguë et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme. La symptomatologie est très variable et comporte initialement un état « d'hébétude » caractérisé par un certain rétrécissement du champ de la conscience et de l'attention, une incapacité à intégrer des stimuli et une désorientation. A cet état peut succéder un retrait croissant par rapport à l'environnement (pouvant aller jusqu'à une stupeur dissociative) ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne souvent de symptômes neurovégétatifs, d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue de l'événement stressant, et disparaissent en deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir amnésie partielle ou totale de l'épisode.

Dans le cas de l'état de stress post traumatique, c'est une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Certains traits de personnalité (compulsive ou asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution.

Les symptômes typiques sont la réviviscence répétée de l'événement traumatisant dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars. Ils surviennent dans un contexte durable « d'asthénie psychique » et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la réviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale, peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque panique ou une réaction agressive. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative avec hypervigilance, état de « qui vive » et insomnie, associée fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une autre substance psycho-active. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais dépasse rarement six mois). L'évolution est fluctuante mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années et conduire à une modification durable de la personnalité.

Troubles d'adaptation, état de détresse et de perturbation émotionnelle entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, surviennent au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant. Le facteur peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expérience de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié). Le facteur de stress peut se limiter au sujet ou concerner également ses proches ou sa communauté. La prédisposition et la vulnérabilité individuelle jouent un rôle important dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie. Les manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association des trois), un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets ou à supporter la situation actuelle ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien. Le sujet peut se sentir enclin à des comportements dramatiques ou à des actes de violence mais s'y livre rarement.

Le trouble peut s'accompagner de troubles de conduites chez les adolescents en particulier (comportement agressif ou antisocial). Chez les enfants, on peut observer une régression (énurésie, parler bébé, succion du pouce). Le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue d'un événement stressant ou d'un changement particulièrement marquant dans la vie du sujet et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée.

Cette partie de la CIM10, à savoir la section F43 de la catégorie F40-F48, du chapitre V (F), est celle qui a trait à notre recherche qui porte notamment sur les conséquences psychotraumatiques de la maltraitance des enfants et adolescents. Cette partie, en effet, décrit les troubles survenant à la suite d'un facteur de stress important. Ces troubles sont, entre autres, la réaction aiguë, l'état de stress post traumatique et les troubles d'adaptation. Comme facteurs de stress, la CIM10 relève : les catastrophes naturelles, les catastrophes humaines, les viols, les agressions...

- *Troubles dissociatifs (F44)* : les troubles dissociatifs ont en commun une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience, de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. A l'état normal, on exerce, dans une large mesure, un contrôle conscient des souvenirs et des sensations à sélectionner dans le champ de la conscience ainsi que des mouvements qu'on compte effectuer. Dans les troubles dissociatifs, on admet qu'il existe une altération de ce contrôle conscient et sélectif ; l'importance de cette altération peut varier d'un jour à l'autre, voire d'une heure à l'autre. Il est habituellement très difficile de déterminer dans quelle mesure la perte de ces fonctions peut être contrôlée volontairement par le sujet.

- *Troubles somatoformes (F45)* : les caractéristiques essentielles de ces troubles sont des symptômes physiques, associés à des demandes d'investigations médicales, persistantes en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. Même quand la survenue et la persistance des symptômes sont étroitement liées à des événements désagréables ou à des difficultés et des conflits, et même quand il existe des symptômes dépressifs ou anxieux manifestes, le patient s'oppose habituellement à toutes hypothèses supposant l'implication de facteurs psychologiques dans la survenue des symptômes. La recherche d'une cause physique

ou psychologique permettant de rendre compte des symptômes est souvent décevante et frustrante pour le patient et le médecin.

Ces patients présentent souvent un comportement histrionique et essaient d'attirer l'attention d'autrui, notamment quand ils ne réussissent pas à convaincre leurs médecins de la nature essentiellement physique de leur maladie et de la nécessité de poursuivre les investigations et les examens complémentaires.

- *Autres troubles névrotiques (F48)* : dans ce groupe, on classe des troubles comme la neurasthénie, le syndrome de dépersonnalisation- déréalisation, d'autres troubles névrotiques spécifiés ou sans précision.

p. Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (F50-F59)

- *les troubles de l'alimentation (F50)* : nous avons deux composantes spécifiques et importantes : l'anorexie mentale et la boulimie ; et d'autres troubles moins spécifiques tels que l'hyperphagie et les vomissements associés à des perturbations psychologiques.

L'anorexie mentale est un trouble caractérisé par une perte de poids intentionnelle, induite ou maintenue par le patient. Ce trouble survient le plus souvent chez une adolescente ou une jeune femme.

La boulimie est caractérisée par un accès répété d'hyperphagie et une préoccupation excessive concernant le contrôle du poids corporel conduisant le sujet à adopter des mesures extrêmes pour neutraliser la prise de poids liée à la nourriture.

- *Troubles du sommeil non organiques (F51)* : nous avons deux sous groupes principaux :

- les dyssomnies où la principale perturbation concerne la quantité, la qualité et l'horaire du sommeil. Elles sont d'origine essentiellement psychogène, c'est-à-dire dues à des facteurs émotionnels. Elles comportent : l'insomnie, l'hypersomnie et le trouble du rythme veille-sommeil ;

- les parasomnies où la principale perturbation concerne la survenue d'événements épisodiques anormaux pendant le sommeil. Chez l'enfant, elles sont liées essentiellement au développement et chez l'adulte, elles sont d'origine essentiellement psychogène. Elles comportent : le somnambulisme, les terreurs nocturnes et les cauchemars.

- *Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique (F52)* : il s'agit de différents types de troubles ne permettant pas d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes. Il peut s'agir d'un manque de désir, d'un manque de plaisir, d'une défaillance des processus physiologiques nécessaires à l'accomplissement de l'acte sexuel ou d'une incapacité à atteindre l'orgasme ou à le différer.

La réponse sexuelle est un processus psychosomatique et, le plus souvent, les mécanismes psychologiques et organiques interviennent conjointement pour expliquer le dysfonctionnement sexuel. Les troubles sont souvent dus à une cause organique ou psychologique bien définie mais il est souvent difficile d'évaluer l'importance relative de chacun des deux facteurs. On peut citer, entre autres, l'absence de désir ou de plaisir sexuel, l'échec de la réponse génitale (trouble des fonctions érectiles, sécheresse vaginale), le dysfonctionnement orgasmique, le vaginisme, la dyspareunie....

- *Troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité (F53)* : se retrouvent ici uniquement les troubles mentaux associés à la puerpéralité (apparaissant dans les six semaines qui suivent l'accouchement) qui ne répondent pas aux critères d'un autre trouble classé ailleurs dans le chapitre V(F).

- *Facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs (F54)* : cette catégorie est utilisée pour noter la présence de facteurs psychologiques ou comportementaux supposés avoir joué un rôle majeur dans la survenue d'un trouble physique classé dans l'un des autres chapitres de la CIM-10. Ces perturbations sont habituellement légères et souvent persistantes et ne justifient pas un diagnostic de l'un des troubles décrits dans le chapitre V.

- *Abus de substances n'induisant pas de dépendance (F55)* : cette partie concerne des spécialités pharmaceutiques et des remèdes populaires très divers. Trois groupes sont particulièrement importants : les médicaments psychotropes n'induisant pas de dépendance (antidépresseurs), les laxatifs et les analgésiques pouvant être achetés sans ordonnance (l'aspirine, le paracétamol).

Il peut s'agir de médicament initialement prescrit par un médecin mais employé par la suite de façon unitairement prolongée et souvent excessive.

- *Syndrome comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques (F59)* : Il s'agit des dysfonctionnements physiologiques psychogènes.

q. troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F60-F69)

Cette section regroupe différents états et types de comportements cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression caractéristique de la manière de vivre de l'individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Certains de ces comportements apparaissent précocement au cours du développement sous l'influence conjointe des facteurs constitutionnels et sociaux. Les autres sont acquis plus tardivement au cours de la vie.

- *Troubles spécifiques de la personnalité, troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité, modifications durables de la personnalité (F60-F62)* : on regroupe ici diverses modalités de comportement profondément enracinées et durables, consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportements sont en général stables et englobent de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils sont souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement et des performances sociales d'intensité variable.

Les troubles de la personnalité et les modifications de la personnalité se distinguent les uns des autres par leur date de début et leur mode d'apparition. Les troubles de la personnalité apparaissent au cours du développement, dans l'enfance ou à l'adolescence et se poursuivent à l'âge adulte. Par contre, une modification de la personnalité est acquise habituellement à l'âge adulte, à la suite de stress sévères et prolongés, d'une isolation extrême de l'environnement, de troubles psychiatriques sévères, de maladies ou de lésions cérébrales.

- *Troubles des habitudes et des impulsions (F63)* : cette catégorie regroupe certains troubles du comportement qu'on ne peut pas classer ailleurs. Ils se caractérisent par des actes répétitifs, sans motivation rationnelle apparente, allant généralement à l'encontre de l'intérêt du sujet ou de ceux d'autres personnes. On peut citer, entre autres, la trichotillomanie, le jeu pathologique, la tendance pathologique à allumer des feux (pyromanie)...

- *Troubles de l'identité sexuelle (F64)* : ces troubles sont caractérisés par un désarroi intense et persistant, relatif au sexe assigné, accompagné d'un désir d'appartenir à l'autre sexe. Il peut s'agir d'un trouble transitoire (transvestisme bivalent où le sujet porte les

vêtements de l'autre sexe pour satisfaire une expérience temporaire) ou durable (transsexualisme, trouble de l'identité sexuelle de l'enfant).

- *Troubles de la préférence sexuelle (F65)* : il s'agit du choix de moyens inhabituels pour la stimulation et la satisfaction du désir sexuel. On classe dans cette section le fétichisme, le voyeurisme, l'exhibitionnisme, la pédophilie, le sadomasochisme...

- *Problèmes psychologique et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle (F66)* : on a le trouble de la maturation sexuelle, l'orientation sexuelle égo-dystone, problème relationnel lié à l'orientation sexuelle...

- *Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (F68)* : dans ce groupe on a la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou carrément une production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'incapacités, soit physiques, soit psychologiques (trouble factice)...

- *Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision (F69)* : On fait appel à cette section si on juge qu'il existe un trouble de personnalité et du comportement chez l'adulte mais qu'on manque d'information pour attribuer cet état à une catégorie spécifique.

r. **Retard mental (F70-F79)**

C'est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé essentiellement par une insuffisance des facultés qui déterminent le niveau global d'intelligence, c'est-à-dire les fonctions cognitives, le langage, la motricité et les performances sociales. Le retard mental peut accompagner un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément. La prévalence d'autres troubles mentaux est trois à quatre fois plus élevée parmi les retards mentaux que dans la population générale. Les capacités d'adaptation sont toujours réduites.

- *Le retard mental léger (70)* : les sujets présentant un retard mental léger apprennent à parler avec un certain retard, mais acquièrent généralement une maîtrise du langage suffisante pour converser avec autrui et pour participer à l'entretien clinique. La plupart des sujets atteignent une autonomie complète en ce qui concerne les besoins quotidiens (alimentation, toilette, habillage, contrôle sphinctérien) et les tâches pratiques et domestiques, même si le développement se fait plus lentement que chez les sujets

d'intelligence normale. Les difficultés concernent essentiellement les performances scolaires, en particulier l'apprentissage de la lecture et de l'écriture.

- *Le retard mental moyen (F71)* : dans cette catégorie de retard mental, l'acquisition de la compréhension et de l'utilisation du langage est retardée et limitée. La maîtrise des soins corporels et de la motricité est également retardée et certains sujets ont besoin d'une assistance tout au long de leur vie. Les progrès scolaires restent limités ; certains sujets peuvent toutefois acquérir des rudiments de lecture, d'écriture et de calcul. Des programmes éducatifs adaptés au rythme d'apprentissage et aux aptitudes de ces sujets peuvent leur permettre de développer leurs capacités et d'acquérir certaines facultés élémentaires. A l'âge adulte, ces sujets sont habituellement capables de réaliser des tâches pratiques simples, soigneusement structurées et supervisées par un personnel compétent. Ils sont rarement indépendants à l'âge adulte. Ils sont en revanche aptes physiquement et se déplacent sans difficulté.

- *Le retard mental grave (F72)* : le tableau clinique, les facteurs étiologiques et les troubles associés sont semblables à ceux du retard mental moyen. Les niveaux inférieurs de performance, déjà signalés à propos de ce dernier, sont au premier plan dans le retard mental grave. La plupart des sujets de cette catégorie présentent un déficit moteur important ou d'autres déficiences, témoignant d'une altération ou d'une anomalie cliniquement significative du développement du système nerveux central.

- *Le retard mental profond (F73)* : le QI est inférieur à 20, ce qui signifie que les sujets atteints de retard mental profond sont gravement limités dans leur capacité à comprendre les demandes et les instructions et à y répondre. La plupart des sujets de cette catégorie sont incapables de se déplacer ou sont sévèrement limités dans leur motricité. Ils sont incontinents et incapables de communiquer, si ce n'est de façon très rudimentaire et non verbale ; ils ne sont guère capables de s'occuper de leurs besoins élémentaires et nécessitent une assistance et une surveillance permanente.

- *Autres formes de retard mental (F78)* : cette catégorie est réservée à des cas où l'évaluation du degré du retard par les procédés habituels est particulièrement difficile, voire impossible, en raison d'un handicap sensoriel ou physique associé.

- *Retard mental sans précision (F79)* : il y a retard mental mais les informations sont insuffisantes pour permettre de classer le trouble dans l'une des catégories précitées.

s. Troubles du développement psychologique (F80- F89)

Ces troubles ont en commun :

- Un début, obligatoirement dans la première ou la deuxième enfance ;
- Une altération ou un retard du développement des fonctions étroitement liées à la maturation biologique du système nerveux central ;
- Une évolution continue sans rémission ni rechute (ce qui contraste avec l'évolution de nombreux troubles mentaux).

Les fonctions atteintes dans la plupart des cas concernent le langage, le repérage visuo-spatial ou la coordination motrice.

Les caractéristiques essentielles de ces troubles sont qu'ils s'atténuent progressivement avec l'âge et qu'on retrouve des troubles similaires ou apparentés dans les antécédents familiaux et une probable intervention des facteurs génétiques dans l'étiologie.

- *Troubles spécifiques du développement de la parole et du langage (F80)* : dans ces troubles, les modalités normales d'acquisition du langage sont altérées dès les premiers stades du développement. Ces troubles ne sont pas directement attribuables à des anomalies neurologiques, à des anomalies de l'appareil phonatoire, des troubles sensoriels, un retard mental ou des facteurs d'environnement.

- *Troubles spécifiques des acquisitions scolaires (F81)* : il s'agit de troubles dans lesquels les modalités habituelles d'apprentissage sont perturbées dès les premières étapes du développement. Ces perturbations ne peuvent pas être expliquées par un manque d'occasions d'apprentissage, un traumatisme cérébral ou une autre atteinte cérébrale acquise. On admet actuellement que ces troubles pourraient être dus à une altération du traitement cognitif des informations, attribuable en grande partie, à un dysfonctionnement biologique.

- *Trouble spécifique du développement moteur (F82)* : la caractéristique essentielle de ce trouble est une altération importante du développement de la coordination motrice, non imputable entièrement à un retard intellectuel global ou à une affection neurologique spécifique, congénitale ou acquise. La maladresse motrice s'accompagne habituellement d'un certain degré d'altération des performances cognitives dans le domaine visuo-spatial.

- *Troubles spécifiques mixtes du développement (F83)* : catégorie résiduelle de troubles mal définis et insuffisamment élaborés, caractérisée par la présence simultanée d'un trouble spécifique du développement de la parole et du langage, d'un trouble des acquisitions scolaires ou d'un trouble du développement moteur, sans qu'aucun de ces troubles ne prédominent suffisamment pour pouvoir constituer le diagnostic principal. Chacun de ces troubles spécifiques du développement s'accompagne habituellement d'une déficience globale plus ou moins importante des fonctions cognitives. Le diagnostic de trouble spécifique mixte doit être réservé aux cas où la description des perturbations répond aux critères d'au moins deux des troubles spécifiques du développement.

- *Troubles envahissants du développement (F84)* : c'est l'ensemble des troubles caractérisés par des altérations qualitatives des interactions sociales réciproques et des modalités de communication ainsi que par un répertoire d'intérêts et d'activités restreints, stéréotypés et répétitifs. Ces anomalies qualitatives, bien que variables dans leur intensité, infiltrent l'ensemble du fonctionnement du sujet, quelles que soient les situations. Dans la plupart des cas, le développement est anormal dès la toute petite enfance et, à quelques exceptions près, ces états pathologiques sont manifestes dès les cinq premières années. Habituellement, mais non constamment, il existe un certain degré de déficit cognitif général mais, en fait, ces troubles sont définis en terme de comportement déviant par rapport à l'âge mental de l'individu. Le retard mental n'est pas une caractéristique constante.

- *D'autres troubles du développement psychologique sont classés en F88 et des troubles du développement psychologique, sans précision en F89.*

t. Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence (F90- F98)

Cette catégorie regroupe :

- *Troubles hyperkinétiques (F90)* : c'est l'ensemble de troubles caractérisés par un début précoce ; l'association d'une activité excessive et désorganisée, d'une inattention marquée et d'un manque de persévérance dans les tâches ; la présence de ces caractéristiques comportementales dans de nombreuses situations et leur caractère persistant. Ces troubles débutent précocement au cours du développement (les cinq premières années).

- *Troubles des conduites (F91)* : il s'agit de troubles caractérisés par un ensemble de conduites dyssociales, agressives ou provocatrices, répétitives et persistantes. Ces troubles, dans leur forme extrême, conduisent l'enfant à enfreindre les règles sociales

correspondant à son âge. Ces troubles, dans certains cas, peuvent évoluer vers une personnalité dyssociale.

- *Troubles mixtes des conduites et des émotions (F92)* : ensemble de troubles caractérisés par la présence persistante d'un comportement agressif, dyssocial ou provocateur, associé à des signes manifestes et prononcés de dépression, d'anxiété ou d'autres troubles émotionnels.

- *Troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance (F93)* : on distingue traditionnellement en psychiatrie de l'enfant, les troubles émotionnels spécifiques de l'enfance ou de l'adolescence des troubles névrotiques de l'adulte. La majorité des sujets qui ont présenté un trouble émotionnel dans l'enfance sont devenus des adultes normaux et la plupart de ces troubles sont plutôt une exagération de tendances normales du développement que des déviations qualitatives à proprement parler.

- *Troubles du fonctionnement social débutant spécifiquement dans l'enfance ou à l'adolescence (F94)* : ensemble de troubles relativement hétérogènes définis par la présence d'une perturbation du fonctionnement social, survenant dans l'enfance. Dans la plupart des cas, leur survenue semble étroitement liée à des perturbations ou à des carences de l'entourage.

- *Tics (F95)* : il s'agit de syndromes caractérisés par la présence, au premier plan, d'un tic. Un tic est un mouvement ou une vocalisation involontaire, rapide, récurrent et non rythmique (impliquant habituellement des groupes musculaires bien précis). Il survient brusquement et n'a pas de but apparent. Les tics sont habituellement ressentis comme irrépessibles, mais peuvent en général être supprimés pendant une période de temps variable. On peut classer les tics moteurs et les tics vocaux en forme simple ou complexe. La sévérité des tics est éminemment variable.

- *Autres troubles du comportement et autres troubles émotionnels paraissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence (F98)* : il s'agit d'un ensemble hétérogène de troubles qui ont en commun la caractéristique de débiter dans l'enfance, mais qui diffèrent, par ailleurs, par de nombreux points. Certains constituent des syndromes clairement définis, alors que d'autres se réduisent à de simples associations de symptômes sans validité nosologique démontrée. On peut citer dans ce groupe l'énurésie, l'encoprésie, les troubles de l'alimentation de la première et de la deuxième enfance, le pica de la première et de la deuxième enfance, le bégaiement...

- *Trouble mental sans autre précision (F99)* : cette catégorie n'est utilisée que lorsque aucun autre code du chapitre V, F00- F98, ne peut être utilisé.

4.2 Le DSM-IV

La classification du DSM-IV fait une évaluation multiaxiale comprenant essentiellement cinq axes :

f. Axe I : troubles cliniques et autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique.

L'axe I sert à décrire l'ensemble des troubles de la classification, à l'exception des troubles de la personnalité et du retard mental, ainsi que d'autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique et qui sont liées aux troubles mentaux décrits dans le DSM IV de trois manières différentes :

- Le problème nécessite un diagnostic ou un traitement et l'individu n'a pas de trouble mental ;
- L'individu a un trouble mental mais celui-ci est sans relation avec le problème ;
- L'individu a un trouble mental qui est en relation avec le problème mais le problème est suffisamment sévère pour justifier par lui-même un examen clinique.

g. Axe II : troubles de la personnalité et retard mental

Il sert à indiquer les troubles de la personnalité et le retard mental. Il peut aussi être utilisé pour noter les principales caractéristiques d'inadaptation de la personnalité et les mécanismes de défense.

h. L'axe III : affections médicales générales

Il permet d'enregistrer les affections médicales générales susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou la prise en charge du sujet ayant un trouble mental. Il s'agit d'affections ne faisant pas partie du chapitre des « troubles mentaux » de la CIM-9-MC (ni du chapitre V de la CIM-10).

Les affections médicales générales peuvent être liées aux troubles mentaux de diverses façons. Dans certains cas, il est clair que l'affection médicale générale joue un rôle étiologique direct dans le développement ou l'aggravation des symptômes mentaux et que le mécanisme de cet effet est d'ordre physiologique. Lorsqu'on juge qu'un trouble mental est la

conséquence directe d'une affection médicale générale, on doit faire le diagnostic de trouble mental dû à une affection médicale générale sur l'axe I et on doit enregistrer l'affection générale à la fois sur l'axe I et sur l'axe III.

i. L'Axe IV : problèmes psychosociaux et environnementaux

Cet axe rend compte des problèmes psychosociaux qui peuvent affecter le diagnostic, le traitement et le pronostic des troubles mentaux (axe I et axe II). Un problème psychosocial ou environnemental peut se présenter sous la forme d'un événement de vie négatif, d'une difficulté ou d'une déficience de l'environnement, d'un stress familial ou interpersonnel, d'une inadéquation du support social ou des ressources personnelles ou de tout autre problème relatif à un contexte dans lequel les difficultés de la personne se sont développées. Les facteurs de stress dits positifs tel qu'un avancement professionnel, ne doivent être notés que s'ils constituent un problème ; par exemple quand la personne éprouve des difficultés à s'adapter à la situation nouvelle. Les problèmes psychosociaux peuvent également être la conséquence de la psychopathologie du sujet ou encore constituer des difficultés qui doivent être considérées lors de la prise en charge.

Les problèmes psychosociaux peuvent être répertoriés comme suit :

- Problème avec le groupe de support principal : décès d'un membre de la famille, problème de santé au sein de la famille, rupture familiale par séparation, divorce ou brouille, déménagement, remariage d'un parent, abus physique ou sexuel, surprotection parentale, négligence envers un enfant, discipline inadéquate... ;

- Problèmes liés à l'environnement social : mort d'un ami, support social inadéquat, fait d'habiter seul, difficulté d'acculturation, discrimination, adaptation aux grandes étapes de la vie (retraite) ;

- Problèmes d'éducation : analphabétisme, problème scolaire, conflits avec les enseignants ou les camarades de classe, environnement scolaire inadéquat ;

- Problèmes professionnels : chômage, menace de perte d'emploi, horaires de travail stressants, conditions de travail difficiles, insatisfaction au travail, changement d'emploi, conflits avec l'employeur ou les collègues ;

- Problèmes de logement : absence de domicile fixe, logement inadapté, insécurité du quartier, conflits avec les voisins ou le propriétaire ;

- Problèmes économiques : très grande pauvreté, insuffisance des revenus et des prestations sociales ;

- Problèmes d'accès aux services de santé : services de santé inadaptés ou non desservis, sécurité sociale inadaptée ;

- Problèmes en relation avec les institutions pénales/judiciaires : arrestation, incarcération, litige, victime d'un crime ;

- Autres problèmes sociaux et environnementaux : catastrophes naturelles, guerres, autres conflits....

j. Axe V : évaluation globale du fonctionnement (EGF)

L'axe V permet au clinicien d'indiquer un jugement sur le niveau de fonctionnement global de l'individu. Cette information est nécessaire pour planifier le traitement, évaluer son impact et prédire son résultat.

L'enregistrement du fonctionnement global sur l'axe V se fait à l'aide de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (échelle GAF ou EGF)

Outre cette classification multiaxiale, une forme non axiale nous permet de regrouper les troubles mentaux sous seize principales catégories subdivisées en sections :

18) Troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence

Sous cette catégorie nous avons :

- Le retard mental ;
- Les troubles des apprentissages (auparavant troubles des acquisitions scolaires) ;
- Les troubles des habiletés motrices ;
- Les troubles de la communication ;
- Troubles envahissants du développement ;
- Les troubles : déficit de l'attention et comportement perturbateur ;
- Les troubles de l'alimentation et troubles des conduites alimentaires de la première ou de la deuxième enfance ;

- Les troubles : tics ;
- Les troubles du contrôle sphinctérien
- Les autres troubles de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence : anxiété de séparation, mutisme sélectif, trouble relationnel de l'attachement de la première ou de la deuxième enfance, mouvements stéréotypés et autres troubles non spécifiés.

19) *Delirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs*

- Delirium : il s'agit de tous les types de délirium dus à des causes diverses (affection médicale générale, substances psycho-actives...),
- Démence : avec des causes diverses (Alzheimer, démence vasculaire, affection médicale générale, multiples causes)
- Troubles amnésiques
- Autres troubles cognitifs : les troubles sont caractérisés par un dysfonctionnement cognitif, dont l'étiologie serait une affection médicale générale, mais qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles spécifiques décrits.

20) *Troubles mentaux dus à une affection médicale générale*

Ces troubles sont caractérisés par la présence de symptômes psychiques considérés comme une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale. Le terme affection médicale générale se rapporte à des affections enregistrées sur l'axe III et répertoriées dans la CIM, en dehors du chapitre « troubles mentaux ».

21) *Troubles liés à une substance*

Ils sont subdivisés en deux groupes : ceux liés à l'utilisation d'une substance et ceux induits par une substance. Ainsi, pour chaque substance, nous avons ces deux groupes de troubles :

- Troubles liés à l'alcool / troubles induits par l'alcool
- Troubles liés à la caféine/ troubles induits par la caféine
- Troubles liés au cannabis/ troubles induits par le cannabis
- Troubles liés à l'amphétamine (ou aux amphétaminiques)/ troubles induits par l'amphétamine

- Troubles liés à la cocaïne/ troubles induits par la cocaïne
- Troubles liés aux hallucinogènes/ troubles induits par les hallucinogènes
- Troubles liés aux solvants volatils/ troubles induits par les solvants volatils
- Troubles liés à la nicotine/ troubles induits par la nicotine
- Troubles liés aux opiacés/ troubles induits par les opiacés
- Troubles liés à la phencyclidine (ou aux substances similaires)/ troubles induits par la phencyclidine
- Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques/ troubles induits par les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
- Troubles liés à plusieurs substances/ troubles induits par plusieurs substances
- Troubles liés à une substance autre (ou inconnue)/ troubles induits par une substance autre (ou inconnue)

22) *Schizophrénie et autres troubles psychotiques*

Troubles schizophréniques et les sous-types, troubles schizotypiques ou schizoformes, troubles psychotiques dont les caractéristiques sont essentiellement : délire, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé.

23) *Troubles de l'humeur*

On enregistre dans cette catégorie :

- Les épisodes thymiques
- Les troubles dépressifs
- Les troubles bipolaires
- Les autres troubles de l'humeur

24) *Troubles anxieux*

Comme troubles anxieux, on peut relever :

- Le Trouble panique sans agoraphobie
- Le trouble panique avec agoraphobie
- L'agoraphobie sans antécédent de trouble panique

- La phobie spécifique (auparavant phobie simple)
- La phobie sociale (trouble anxiété sociale)
- Le trouble obsessionnel- compulsif
- L'état de stress post- traumatique
- L'état de stress aigu
- L'anxiété généralisée (incluant l'hyperanxiété de l'enfant).
- Le trouble anxieux dû à une affection médicale générale
- Le trouble anxieux induit par une substance
- Le trouble anxieux non spécifié

25) *Troubles somatoformes*

On regroupe sous cette catégorie :

- Le trouble : somatisation
- Le trouble somatoforme indifférencié
- Le trouble de conversion
- Le trouble douloureux
- L'hypocondrie
- Le trouble : peur d'une dysmorphie corporelle
- Le trouble somatoforme non spécifié

26) *Troubles factices*

L'étude de cette catégorie nous permet de relever :

- Le trouble factice
- Le trouble factice non spécifié :

27) *Troubles dissociatifs*

Les principaux troubles dissociatifs classés ici sont :

- L'amnésie dissociative (auparavant amnésie psychogène)

- La fugue dissociative
- Le trouble dissociatif de l'identité
- Le trouble de dépersonnalisation
- Le trouble dissociatif non spécifié

28) *Troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle*

Cette catégorie regroupe les dysfonctions sexuelles, les paraphilies et les troubles de l'identité sexuelle :

➤ Dysfonctions sexuelles.

Les principales dysfonctions sexuelles sont :

- **Les troubles du désir sexuel** qui sont essentiellement la baisse du désir sexuel et l'aversion sexuelle.

- **Les trouble de l'excitation sexuelle** : trouble de l'excitation sexuelle chez la femme et le trouble de l'érection chez l'homme

- **Les troubles de l'orgasme** : trouble de l'orgasme chez la femme et chez l'homme ; l'éjaculation précoce

- **Les troubles sexuels avec douleur**, notamment : dyspareunie (non due à une affection médicale générale), vaginisme (non due à une affection médicale générale), dysfonction sexuelle due à (affection médicale générale), dysfonction sexuelle induite par une substance, dysfonction sexuelle non spécifiée

➤ Paraphilies

Comme paraphilies nous avons : l'exhibitionnisme, le fétichisme, le frotteurisme, la pédophilie, le masochisme sexuel, le sadisme sexuel, le transvestisme, le voyeurisme puis les paraphilies non spécifiées.

➤ Troubles de l'identité sexuelle

Il s'agit de tous les troubles de l'identité sexuelle, qu'ils soient spécifiés ou non.

29) *Troubles des conduites alimentaires*

Cette catégorie regroupe :

- L'anorexie mentale

- La boulimie
- Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés

30) *troubles du sommeil*

On distingue dans cette catégorie :

➤ Les troubles primaires du sommeil qui sont :

- **les dyssomnies** : Insomnie primaire, hypersomnie primaire, narcolepsie, trouble du sommeil lié à la respiration, trouble du sommeil lié au rythme circadien (trouble du rythme veille- sommeil) et les dyssomnies non spécifiées ;

- **les parasomnies** : cauchemars, terreurs nocturnes, somnambulisme, et les parasomnies non spécifiées.

➤ Les troubles du sommeil liés à un autre trouble mental :

- Insomnie liée à (autre trouble mental)
- Hypersomnie lié à (autre trouble mental)

➤ Les autres troubles du sommeil

- Trouble du sommeil dû à (une affection médicale générale)
- Trouble du sommeil induit par une substance

31) *troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs*

Cette catégorie regroupe :

- le trouble explosif intermittent
- la kleptomanie
- la pyromanie
- le jeu pathologique
- la trichotillomanie
- les troubles du contrôle des impulsions non spécifiés

32) *Troubles de l'adaptation*

- Avec humeur dépressive

- Avec anxiété
- Avec à la fois anxiété et humeur dépressive
- Avec perturbation des conduites
- Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites
- Non spécifié, pour les réactions inadaptées (par exemple plaintes somatiques, retrait social) à des facteurs de stress psychosociaux, qui ne peut être classé parmi les sous-types spécifiques de trouble de l'adaptation.

33) *Troubles de la personnalité*

Nous avons trois sections de classification des troubles de personnalité :

- **Groupe A des troubles de la personnalité:**
 - Personnalité paranoïaque
 - Personnalité schizoïde
 - Personnalité schizotypique
- **Groupe B des troubles de la personnalité:**
 - Personnalité antisociale
 - Personnalité borderline
 - Personnalité histrionique
 - Personnalité narcissique
- **Groupe C des troubles de la personnalité :**
 - Personnalité évitante
 - Personnalité dépendante
 - Personnalité obsessionnelle- compulsive
 - Trouble de la personnalité non spécifié

34) *Autres situations qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique*

On classe dans cette catégorie :

- Les facteurs psychologiques influençant une affection médicale, codé F54 et spécifié sous les critères A et B : une affection médicale générale (A) ; des facteurs psychologiques influençant défavorablement l'affection médicale générale (B) ; et spécifier la nature de l'affection médicale.

- Les troubles des mouvements induits par un médicament codés G21, G24, G25, en fonction du produit mis en cause. Lorsqu'il s'agit des effets secondaires d'un médicament non spécifié on utilise T88.7.

- Les problèmes relationnels comprenant les modèles d'interaction entre ou parmi les membres d'une unité relationnelle qui sont associés à une altération cliniquement significative du fonctionnement ou à des symptômes parmi un ou plusieurs membres de l'unité relationnelle ou à une altération du fonctionnement de l'unité relationnelle elle-même.

- Les problèmes liés à l'abus ou à la négligence : cette section est utilisée lorsque le motif de l'examen clinique est la maltraitance sévère d'un individu par un autre, par le biais d'un abus physique ou sexuel, ou par négligence d'un enfant. Le code V approprié s'applique si le motif d'examen concerne l'auteur de l'abus ou de la négligence, ou l'unité relationnelle dans laquelle les faits se sont perpétrés. Si l'individu évalué est la victime de l'abus ou de la négligence, il faut coder Y07.x [995.5] pour un enfant ou Y07.x [995.81] pour un adulte.

- Les situations supplémentaires qui peuvent faire l'objet d'un examen clinique

4.3. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent

C'est une classification statistique bi-axiale comportant un glossaire. L'axe I est clinique et est consacré aux catégories cliniques de base ; l'axe II est consacré aux facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques. Le glossaire contient des définitions et des critères d'inclusion et d'exclusion.

Cette classification vise à dégager des syndromes, des organisations, des perturbations, qui se distinguent les unes des autres par leur nature et leurs virtualités évolutives.

Axe I : Catégories cliniques de base

Il est divisé en neuf catégories cliniques de base. Celles-ci sont subdivisées en sous-catégories permettant d'affiner le classement. Ainsi nous avons :

10) *Les psychoses*

1.00 – L'autisme infantile précoce type Kanner

Comme sous-types :

1.01- les autres formes de l'autisme infantile

1.02 les psychoses précoces déficitaires

1.03- les dysharmonies psychotiques

1.04- les psychoses de type schizophrénique

1.05- les psychoses dysthymiques

1.06- les psychoses aiguës

1.08- Autres

11) *Troubles névrotiques*

Cette catégorie présente la possibilité d'associer deux syndromes individualisés par les sous-catégories 2.00 à 2.08. Dans ce cas, on ne retient que le deuxième chiffre de la numérotation de chaque sous catégorie. Ainsi on peut répertorier :

2.00- Troubles névrotiques évolutifs à dominante anxieuse

En sous-catégories on a :

2.01- les troubles névrotiques évolutifs à dominante hystérique

2.02- les troubles névrotiques évolutifs à dominante phobique

2.03- les troubles névrotiques évolutifs à dominante obsessionnelle

2.04- les troubles névrotiques évolutifs avec prédominance des inhibitions

2.05- La dépression névrotique

2.06- Les caractères névrotiques, les pathologies névrotiques de la personnalité

2.07- les troubles névrotiques avec perturbation dominante des fonctions instrumentales

2.08- Autres

12) *Pathologie de la personnalité (hors névroses et psychoses)*

Le principal trouble identifié dans cette catégorie est :

3.00- Le trouble de la personnalité et/ou du comportement pris dans une dysharmonie évolutive.

En sous-catégories nous avons :

3.01- La pathologie narcissique et /ou anaclitique, la dépression chronique, l'abandonnisme

3.02 – L'organisation de type psychopathique

3.03 – L'organisation de type pervers

3.04 – Les troubles de l'identité sexuelle

3.08 – Autre

13) *Troubles réactionnels*

On ne peut classer ici que les troubles définis par l'apparition récente, le lien avec une cause précise, l'intégrité de la personnalité, l'effet rapide de la thérapie.

Le principal trouble est :

4.00- La dépression réactionnelle

En sous-catégories nous avons :

4.01- les manifestations réactionnelles diverses (quel que soit le mode d'expression mental, comportemental, scolaire, social)

14) *Déficiences mentales (arriération, défibilités mentales, démences)*

La catégorie principale est constituée par les formes où la déficience mentale est l'élément central.

Il faut indiquer à la fois la catégorie de la déficience et le niveau mental.

Ainsi nous avons la classification:

Niveau de déficience mentale	QI
5.0x niveau limite	70 – 84
5.1x déficit léger	50- 70
5.2x déficit moyen (modéré)	35 – 49
5.3x déficit sévère	20 – 34
5.4x déficit profond	inférieur à 20

5.5x non spécifié

Les catégories de déficience mentale sont :

5. x6 déficience harmonique

5. x7 déficience dysharmonique

5. x8 déficience avec polyhandicap sensoriel et /ou moteur

5. x9 démence

15) troubles des fonctions instrumentales

On classe ici comme catégorie principale les troubles des fonctions instrumentales ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5.

Nous avons sous cette rubrique :

6.00 Le retard du langage

6.01 Les troubles isolés de l'articulation

6.02 Les troubles complexes du langage oral

6.03 Les troubles lexicographique

6.04 Les troubles du raisonnement

6.05 Le bégaiement

6.06 L'hyperkinésie, l'instabilité

6.07 Le retard psychomoteur

6.08 Les autres troubles psychomoteur

6.09 Les tics isolés

6.10 La maladie de Gille de la Tourette

6.11 L'intrication de plusieurs troubles

16) Troubles liés à l'usage de drogues et d'alcool

La catégorie principale est constituée des formes où la conduite toxicomaniaque est au premier plan quelle que puisse être la pathologie sous jacente.

On identifie à la fois l'usage et le produit utilisé.

Usage :

7.0x continu

7.1x occasionnel

7.2x en rémission

7.9x Non spécifié

Produit utilisé :

7. x0 Alcool

7. x1 hypnotiques et tranquillisants

7. x2 Morphiniques

7. x3 cannabis

7. x4 hallucinogènes

7. x5 Psychostimulants dont amphétamines, cocaïne

7. x6 Solvant

7. x7 autres substances

7. x8 polytoxicomanies

7. x9 Alcool et drogue(s)

17) *Troubles à expression somatique et/ou comportementale*

On classer ici comme catégorie principale, les troubles à expression somatique et / ou comportementale ne s'inscrivant pas dans une pathologie qui doit être classée par priorité dans les rubriques 1 à 5. Nous pouvons enregistrer dans cette rubrique :

8.00 affections psychosomatiques

8.01 Troubles psychofonctionnels

8.02 Anorexie mentale

8.03 Boulimie

8.04 Autres troubles des conduites alimentaires

8.05 Enurésie

- 8.06 Encoprésie
- 8.07 Troubles du sommeil
- 8.08 Tentative de suicide
- 8.09 Troubles isolés du comportement
- 8.10 Retard de croissance psychogène
- 8.11 Autres

18) *Variation de la normale*

Il s'agit ici de symptômes ou de conduites qui ne peuvent être inclus dans l'un des cadres précédents. Certains se trouvent souvent dans l'évolution normale de l'enfant ou de l'adolescent. Ils sont ainsi transitoires et peuvent correspondre à des moments féconds du développement, sans que leur intensité ou la gêne qu'ils apportent éventuellement à la vie relationnelle leur donnent pour autant une valeur pathologique.

On classe également ici des manifestations plus durables, mais dont le caractère pathologique ne peut être affirmé. Par exemple, certaines difficultés scolaires qui semblent en relation avec des facteurs antérieurs ou certains aspects originaux de la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent. Nous avons ainsi :

- 9.00 L'angoisse, les rituels, les peurs
- 9.01 Les moments dépressifs
- 9.02 Les conduites d'opposition
- 9.03 Les conduites d'isolement
- 9.04 Les difficultés scolaires non classées dans les catégories précédentes
- 9.05 Les retards ou régressions transitoires
- 9.06 Les aspects originaux de la personnalité
- 9.08 Autres

Axe II : facteurs associés ou antérieurs, éventuellement étiologiques

Cet axe permet de retenir, sous deux rubriques distinctes, les atteintes organiques et les conditions d'environnement qui paraissent nécessaires à la classification. Ainsi nous avons :

3) *Facteurs organiques*

On peut recenser 9 catégories de facteurs organiques pouvant être subdivisés en sous-catégories :

3. *Pas de facteurs organiques reconnus*

4. *Facteurs anté- natals d'origine maternelle*

Ici on classe les facteurs à l'origine d'une atteinte embryonnaire ou fœtale acquise in utero :

11.0 Atteinte infectieuse (virale, bactérienne) ou parasitaire :

rubéole, cytomégalie, herpès, toxoplasmose, listériose, syphilis etc.

11.1 Atteinte toxique liée :

- à la prise de médicaments
- à un alcool maternel
- à la prise de drogue
- à une irradiation (rayon X ou radiothérapie)

11.2 Atteinte liée à une maladie maternelle :

diabète, néphropathie, malformation cardiaque, malnutrition sévère

11.3 Autres

5. *Facteurs périnatals*

Il s'agit des facteurs intervenant tout à la fin de la grossesse, lors de la naissance et des premiers jours de vie. Ainsi, on peut avoir comme sous-catégories :

12.0 Prématurité, dysmaturité, hypotrophie fœtale

On classe ici les cas en rapport avec :

- une prématurité : naissance d'un nouveau-né au terme d'une grossesse de durée égale ou inférieure à 37 semaines
- Une hypotrophie fœtale ou un retard de croissance intra-utérine : poids de naissance insuffisant pour le terme

- Notion de dysmaturité liée à une souffrance fœtale prolongée en rapport avec une malnutrition maternelle sévère ou à des conditions locales utéro-placentaires, vasculaires ou amniotiques défavorables

12.1 Souffrance cérébrale périnatale

On classe ici les cas relevant d'une souffrance cérébrale périnatale en rapport avec :

- un traumatisme obstétrical
- Une anoxie liée à un état de mort apparente du nouveau-né ou à une détresse respiratoire, quelles qu'en soient les causes.

6. Atteintes cérébrales post-natales

Il s'agit de :

13.0 Atteintes cérébrales post-natales d'origine infectieuse ou parasitaire : encéphalite ou méningo-encéphalites virales

13.1 Atteintes cérébrales post-natales d'origine toxique

13.2 Atteintes liées à un traumatisme cérébral accidentel ou à des mauvais traitements : les hématomes sous-duraux du nourrisson

13.3 Tumeurs cérébrales quelles qu'en soient l'origine et la nature

13.4 Autres

7. Maladie d'origine génétique ou congénitale

On a les maladies de l'enfant liées à une affection prénatale génétique ou congénitale engendrant (ou risquant d'engendrer) une atteinte cérébrale.

14.0 Trisomie 21 ou mongolisme

14.1 Autres maladies liées à une anomalie chromosomique autosomique : autres trisomies, monosomies, délétion partielle du bras court du chromosome 5 ou « maladie du cri du chat »

14.2 Anomalies chromosomiques gonosomiques :

- Syndrome du chromosome x fragile, responsable de certaines déficiences mentales ;

- dysgénésies gonadiques, notamment du syndrome de klinefelter, (xxy) chez l'homme, du syndrome de Turner (x0) chez la femme, syndrome xxx ou xxy...

14.3 Phénylcétonurie

14.4 Autres maladies métaboliques d'origine génétique dites erreurs innées du métabolisme : galactosémie congénitale, neuro-lipidose...

14.5 Hypothyroïdies congénitales pouvant être d'origine génétique ou non

14.6 Neuro-ectodermoses congénitales : sclérose tubéreuse de Bourneville ;...

14.7 Malformations cérébrales : micro et macrocéphalie, encéphalocèle et autres malformations pouvant s'accompagner d'hydrocéphalie,...

14.8 Autres

8. Infirmités et affections somatiques au long cours

On classe ici les infirmités et affections somatiques au long cours pouvant comporter une grave invalidité:

15.0 Déficit sensoriel : auditif, visuel essentiellement

15.1 Atteinte motrice d'origine cérébrale : IMC

15.2 Atteintes neurologiques non cérébrales : d'origine centrale ou périphérique

15.3 Affections musculaires : essentiellement les myopathies, la myasthénie

15.4 Malformations congénitales autres que cérébrales : spina-bifida, ambiguïtés sexuelles, cardiopathie congénitale, fente palatine, luxation congénitale de hanche,...

15.5 Séquelles d'accident physique sans atteinte cérébrale

15.6 Déficits immunitaires congénitaux ou acquis : classer ici le SIDA (AIDS en anglais).

15.7 Hémophilie

15.8 Maladies somatiques au long cours : hémopathie chronique autre que l'hémophilie, cancer, diabète, muco-viscidose, maladie endocrinienne ou métabolique, affections rénales chroniques, ...

15.9 Autres

9. Convulsions et épilepsie

On a :

16.0 Epilepsies idiopathiques

16.1 Encéphalopathies épileptiques évolutives, type syndrome de West ou syndrome de Lennox- Gastaut et épilepsie graves.

16.2 Autres épilepsies symptomatiques

16.3 Manifestations convulsives non épileptiques, convulsions fébriles,...

16.4 Autres

18) *Autres facteurs organiques*

19) *Pas de réponses possibles par défaut d'information*

4) *Facteurs et conditions d'environnement*

25) *Pas de facteurs d'environnement à retenir*

26) *Troubles mentaux ou perturbations psychologiques dans la famille.*

Cette rubrique correspond à des situations cliniques très diverses :

21.0 Psychose puerpérale

Il faudra retenir dans cette catégorie seulement les psychoses qui sont directement en rapport avec les remaniements somatiques propres à la grossesse, l'accouchement et la lactation.

21.1 Dépression maternelle dans la période post-natale

On classe ici les dépressions maternelles du post-partum à expression cliniquement repérable et d'évolution suffisamment prolongée

21.2 Dysfonctionnement interactif précoce

On classe ici les troubles constatés, directement par l'observation, des échanges mère (parents)- bébé au niveau des interactions précoces par le regard, la voix, le corps (interactions tonico-posturo-motrices et par contacts cutanés).

21.3 Discontinuité des processus de soins maternels dans la première année

Il s'agit des discontinuités des soins maternels qui sont tantôt liés à des facteurs manifestes (séparation, multiplicité des interventions), tantôt en rapport avec la variabilité dans le temps

des conduites maternelles (fluctuation de l'investissement maternel, alternance des périodes de sur ou sous-stimulation, ...)

21.4 Autres troubles de relations précoces

On classe ici les troubles de la relation précoces survenant dans les trois premières années et marqués par la distorsion des échanges entre l'enfant et son entourage, et sous-entendu par la forme des attitudes maternelles (hypersollicitude anxieuse, hostilité déguisée en angoisse, hostilité consciemment compensée...).

21.5 Pathologie mentale d'un ou des parents

On classe ici les troubles mentaux reconnus du père et/ou de la mère, autres que la psychose puerpérale et la dépression du post-partum

21.6 Pathologie mentale d'un autre membre de la famille

On classe ici les troubles mentaux reconnus chez des membres de la famille proche autre que père et mère (grands-parents, fratrie,...)

21.7 Alcoolisme ou toxicomanie parentale

21.8 Perturbations psychologiques sévères et actuelles dans le réseau familial

On classe ici les perturbations actuelles et importantes dans le réseau familial : conflits, dysfonctionnements familiaux, ... associés ou non à une pathologie avérée d'un des membres de la famille. On y inclut les formes de rivalités fraternelles correspondant à cette définition.

21.9 Autres troubles mentaux ou perturbations psychologiques dans la famille

27) *Carences affectives, éducatives, sociales, culturelles*

22.0 Carences affectives précoces

On a les situations caractérisées par l'existence dans les trois premières années d'une carence de soins engendrant au plan affectif et relationnel un manque quantitatif, une insuffisance d'interactions entre l'enfant et sa mère.

La carence peut être intra-familiale ou extra-familiale, liée soit à un défaut de stimulation et d'apports affectifs de la mère ou de ses substituts, soit à l'absence ou à la défaillance d'un personnage maternel, soit encore à des expériences de séparation précoces et répétées de l'enfant d'avec la figure maternelle.

22.1 Carences affectives ultérieures

Classer ici les situations engendrant, à partir de trois ans, une carence importante dans les échanges affectifs et relationnels entre l'enfant et son entourage.

22.2 Carences socio-éducatives

On y classe les situations caractérisées par la pauvreté globale des apports sociaux, éducatifs, culturels de l'entourage, la défaillance des modèles, les défauts de l'encadrement, l'absence de projet.

Les situations à l'origine d'une carence éducative peuvent concerner tous les milieux. Lorsque celle-ci survient dans un milieu socio-économique et culturel très défavorisé, classer aussi en 25.8.

22.3 Autres

28) *Mauvais traitements et négligences graves*

Ils concernent les enfants maltraités : sévices physiques, abus sexuels, négligences graves et violences émotionnelles. Les sous-catégories essentielles sont :

23.0 Sévices et violences physiques (quelle qu'en soit la forme)

23.1 Négligences graves

Elles concernent les enfants confrontés à un manque de soin, à des situations où domine le défaut de protection.

23.2 Abus sexuels

Il s'agit des situations de participation à des activités sexuelles subies sous la contrainte et qui transgressent les interdits. Ces abus, selon la définition de l'OMS, peuvent prendre différentes formes : appels téléphoniques, outrages à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste, prostitution des mineurs.

23.3 Autres mauvais traitements et négligences

Cette partie sur les mauvais traitements est celle qui concerne notre étude, car nous cherchons à identifier les types de mauvais traitements subis par les enfants et les adolescents au Togo et leurs conséquences psychologiques sur la vie des enfants concernés. A cet effet, notre objectif est de fournir des données pour la prévention et la prise en charge précoce des troubles qui en découlent.

29) *Événements entraînant la rupture des liens affectifs*

Il faut retenir seulement les événements qui ont pour conséquence une rupture d'un lien affectif de gravité indéniable et qui surviennent dans le déroulement de l'histoire de l'enfant. Ces événements sont notés même s'ils sont anciens ou si leur incidence sur la symptomatologie actuelle ne paraît pas évidente. Les principales sous-catégories sont :

24.0 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif de l'enfant

24.1 Rupture itérative des modes de garde

24.2 Hospitalisation ou séjour institutionnel prolongé ou répétitif d'un ou des parents, par maladie, accident, incarcération,...

24.3 Décès d'un ou des parents

24.4 Décès d'un ou des grands-parents

24.5 Décès dans la fratrie

24.6 Abandon parental, par l'un ou l'autre parent ou par les deux

24.7 Autre

ANNEXE 5 : Figures et photos

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

Age		Tendances	Mode	RELATIONS OBJECTALES		Moi	Nosologie
		Sucer		Garçons	Filles	Autoérotisme	Schizophrénie
1	II Oral I	Mordre Dévorer	Incorporation	Identification à la mère active Masturbation infantile primitive		Narcissisme Magie des gestes	Mélancolie Manie
2		Incorporer Expulser	Actif-Passif Amour partiel + Incorporation	plus actif	plus passive	Magie des mots	Paranoïa
3	D	V I		D E	D		
4	II-Anal I	Retenir	Amour partiel	Début de l'Œdipe		Principe de réalité	Névrose obsessionnelle
5		Phallique	Primauté phallique	Phallique-Châtré	Masturbation phallique. Scène primitive	Envie du pénis	Formation du Surmoi
6	Découverte de la castration Dissolution de l'Œdipe				Début de l'Œdipe		
7 à 10	Latence	Déssexualisation		Inhibition des buts sexuels			
11, 12	Génital	Primauté du génital	Amour objectal		Découverte du vagin	Sentiments sociaux	Santé

FIGURE 1 : Schéma général de la psychogenèse.

Figure 2

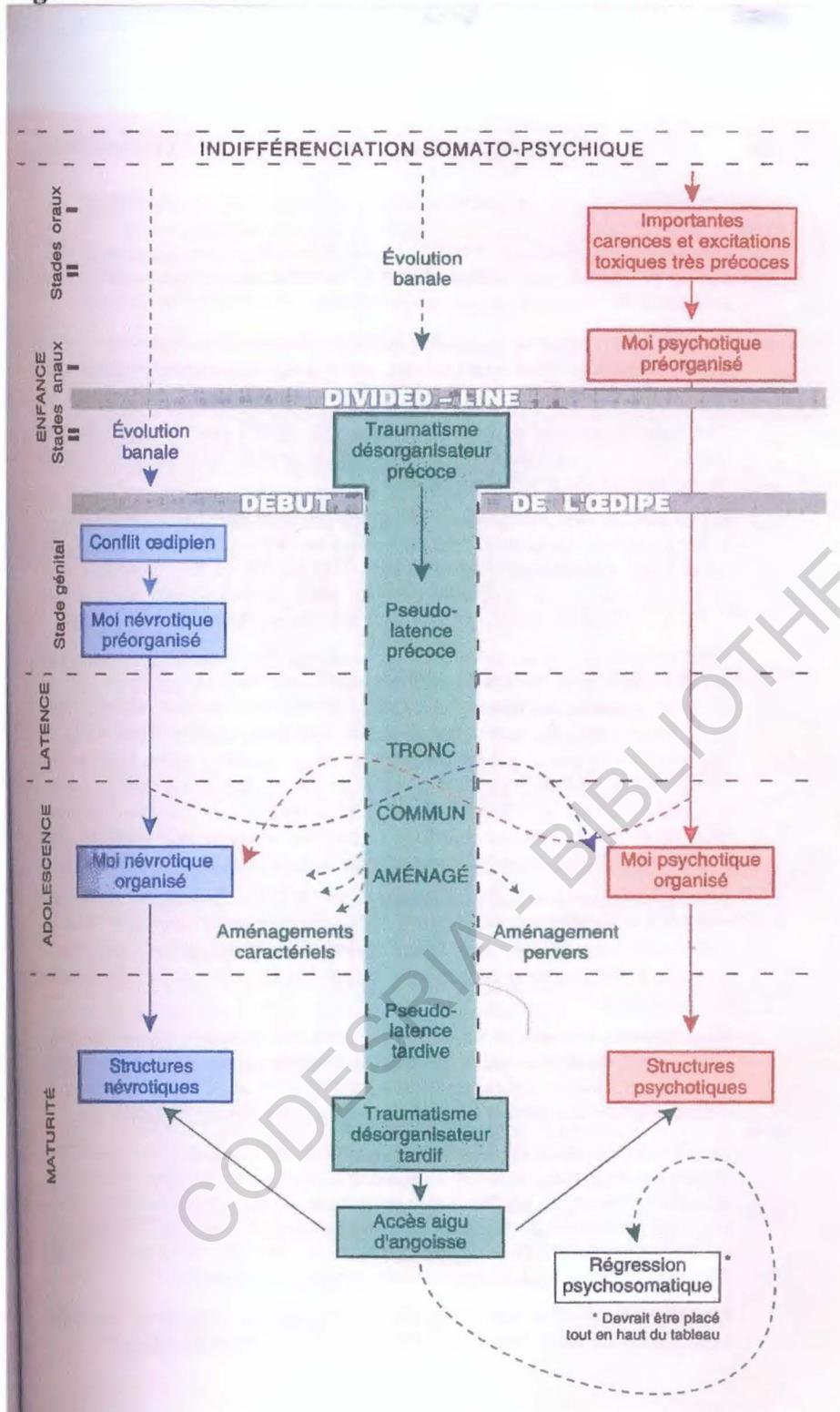


FIGURE 8 : Synthèse de la genèse et de l'évolution des lignées structurales.

Photo 1 : fillette de 13 ans brûlée aux ignames bouillantes au visage, au cou et au thorax



Photo 2 : fillette de 10 ans, attachée des deux mains puis trempées dans de l'eau bouillante, avec des braises dans la pomme des mains





Photo 3 : fillette de 5 ans, victime de sévices corporels ayant causé une fracture au niveau des omoplates



Photo 4 : garçon de 9 ans, victime de sévices corporels ayant causés de nombreuses lésions sur le dos

