

UNIVERSITÉ DE NANTES

MENTION TRÈS HONORABLE

avec félicitations du Jury

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2003

N° 8918/03

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Psychiatrie

par

Laure HERMOUET

née le 14 juin 1971 à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le 29 avril 2003

LES ABUS SEXUELS

INTERROGATIONS ET POSITIONNEMENT DES SOIGNANTS

Président : Monsieur le Professeur AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur ROBIN

ERRATUM

P 26 : Dans la première partie,
au II/ ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES :
A/ QUELQUES ÉTUDES INTERNATIONALES :
2°) Étude de Diana Russel :

Dans le deuxième paragraphe, il faut lire :

Les résultats sont schématiquement les suivants :

- 28% des femmes interrogées rapportent au moins un antécédent d'abus sexuel avant 14 ans ; 38%, avant l'âge de 18 ans.

au moins un abus sexuel	intrafamilial	extrafamilial	intrafamilial et/ ou extrafamilial
avant 14 ans	12 %	20 %	28 %
avant 18 ans	16 %	31 %	38 %

PLAN

<u>INTRODUCTION</u>	17
<u>ÉPIDÉMIOLOGIE ET DÉFINITIONS</u>	21
<u>I/ QUELQUES DÉFINITIONS</u>	22
1°) définition de l'OMS	22
2°) autres définitions	23
<u>II/ ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES</u>	23
A/ QUELQUES ÉTUDES INTERNATIONALES _____	24
1°) Étude de A. Kinsey	24
2°) Étude de Diana Russel	26
3°) Le rapport Badgley	27
4°) Étude de Finkelhor	28
5°) Étude de Genève	29
B/ ÉTUDES FRANCAISES _____	31
1°) Les résultats	32
2°) Éléments de discussion	34
C/ QUELQUES CHIFFRES EN FRANCE _____	35
1°) Évolution des signalements ASE de 1992 à 2001	36
2°) Évolution des transmissions à la justice par le service de l'ASE	37
3°) Signalements directs au parquet des mineurs	38
<u>III/ FACTEURS DE RISQUE et FACTEURS "PRONOSTIQUES"</u>	39
A/ DES FACTEURS DE RISQUE _____	39
B/ DES FACTEURS PRONOSTIQUES _____	40

<u>HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DES LOIS et DES CONCEPTS</u>	44
<u>I/ QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES :</u>	45
<u>ÉVOLUTION de la SOCIÉTÉ, de la SEXUALITÉ et de la LOI</u>	45
A/ ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ _____	45
B/ ÉVOLUTION DES LOIS _____	47
C/ LES LOIS ACTUELLES _____	51
1°) Le code civil	51
2°) Le nouveau code pénal	52
3°) À propos du signalement	54
a) Définitions	54
b) Aspects juridiques du signalement	54
<u>II/ SEXUALITÉ ET SÉDUCTION</u>	60
A/ THÉORIE DE LA SÉDUCTION _____	60
B/ SEXUALITÉ _____	63
1°) La sexualité infantile	63
2°) La sexualité infantile confrontée à la sexualité adulte	64
<u>III/ DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE</u>	
<u>À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE</u>	66
A/ LA NÉVROSE TRAUMATIQUE _____	66
1°) La notion de traumatisme	66
2°) La névrose traumatique	68
B/ ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE _____	71
1°) Évolution du concept	71
2°) Les classifications actuelles	72
3°) Application de ces concepts aux enfants	73

<u>ASPECTS CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES</u>	75
<u>I/ ASPECTS CLINIQUES</u>	76
A/ LA SYMPTOMATOLOGIE _____	76
1°) Situation de crise aiguë, en cas d'acte isolé ou d'un traumatisme récent, chez un petit enfant	76
2°) Cas de relations incestueuses chez les jeunes enfants	78
3°) À l'adolescence : agression sexuelle extrafamiliale	81
4°) Les situations incestueuses reconnues à l'adolescence	81
B/ LE DIAGNOSTIC _____	83
1°) Éléments généraux	83
2°) L'examen psychologique	85
3°) À propos de la véracité des propos en cas de révélation par l'enfant et l'adolescent lui-même	86
a) Dans le cas d'un enfant	86
b) Dans le cas d'un adolescent	86
C/ ÉVOLUTION _____	89
1°) Si le diagnostic d'abus n'est pas fait chez un petit enfant	89
2°) Si le diagnostic est fait que l'enfant est cru et aidé	90
3°) Évolution à plus long terme	91
<u>II/ ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES</u>	92
A/ RÉFLEXIONS À PROPOS DES CONSÉQUENCES DES ABUS SEXUELS _____	92
1°) Développement de l'enfant	92
a) La dépendance	92
b) La séduction dans les premiers soins à l'enfant	92
c) La sexualité infantile	94
d) La notion "d'après-coup"	95

2°) Définition de l'interdit de l'inceste	96
a) Selon différentes approches	96
b) Implications cliniques de la prohibition de l'inceste	97
3°) Conséquences théoriques du non-respect du tabou de l'inceste	97
4°) Facteurs traumatiques internes et mécanismes de défense	99
a) Dans la situation de sévices récents	100
b) Après cette phase	100
5°) Facteurs externes surajoutés au traumatisme initial	103
B/ FAMILLES À TRANSACTION INCESTUEUSE	103
1°) Les fonctionnements familiaux	103
a) La question culturelle	103
b) Évolution des idées en France à propos des familles	104
c) Notion de confusion des générations	106
d) Le couple parental dans la problématique incestueuse	107
2°) Quelques éléments psychopathologiques concernant les abuseurs sexuels	109
a) Organisation perverse de la personnalité	110
b) Problématique narcissique prédominante	111
c) Fonctionnement névrotique dominant	112
3°) La place des mères	113
a) Dans la relation incestueuse père - enfant	113
b) Inceste mère - enfant	114
4°) La question transgénérationnelle de l'inceste	115
a) Aspect théorico-clinique	115
b) Incidence de la question transgénérationnelle et de la psychopathologie des parents	118
5°) Climat incestuel	120
C/ LES SITUATIONS D'ABUS SEXUELS EXTRAFAMILIAUX _____	121

<u>DISCUSSION : Interrogations, Réflexions et Positionnement</u>	
<u>des soignants au cours de la prise en charge</u>	123
<u>I/ QUELLE PLACE POUR CHACUN ?</u>	125
A/ LE JUDICIAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE AU SENS LARGE _	126
B/ LA PRISE EN CHARGE DANS UN CADRE MÉDICAL _____	128
1°) Le pédiatre	129
2°) Le psychiatre	129
3°) Illustration clinique	131
4°) La prise en charge, l'équipe pluridisciplinaire et les relais	135
C/ SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIQUE ____	136
1°) Chez les enfants	136
2°) Chez les adolescents	137
<u>II/ FAITS RÉELS, REPRÉSENTATIONS ET RÉALITÉ PSYCHIQUE</u>	142
A/ RÉALITÉ DES FAITS - RÉALITÉ PSYCHIQUE _____	142
1°) Du côté de la victime	142
a) Valeur traumatique des événements	142
b) Notion de "trauma-écran"	142
2°) Position des soignants	143
B/ IDENTITÉ ET POSITION DE VICTIME _____	144
1°) Identité de victime	144
2°) Attitude soignante	145
C/ RÉALITÉ ET FANTASMES, À CÔTÉ DU TRAUMATISME ____	146
1°) Réalité des liens	146
2°) Fantasme œdipien	146
3°) En dehors du traumatisme	147
D/ DE LA RÉALITÉ PSYCHIQUE À LA RÉALITÉ DES ACTES ____	148

<u>III/ LA PLACE DU SECRET</u>	149
A/ SECRET et SEXUALITÉ - SECRET et INCESTE _____	149
B/ LE SECRET, SUR UN PLAN INDIVIDUEL _____	149
C/ LE SECRET DE FAMILLE _____	150
1°) Du côté de l'enfant	150
2°) Du côté des parents	151
D/ LA LEVÉE DU SECRET _____	151
1°) Différents paramètres	152
2°) Conséquences immédiates de la révélation	153
3°) Culpabilité inhérente aux conséquences de la révélation	155
E/ LE SECRET, PAR RAPPORT À LA POSITION DU THÉRAPEUTE ____	156
<u>IV/ ILLUSTRATION, à partir d'un exemple de prise en charge</u>	157
A/ PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE et ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE _____	157
B/ PRÉSENTATION DU CADRE DE SOINS "ESPACE" _____	158
C/ À PROPOS D'UNE VIGNETTE CLINIQUE _____	160
1°) Cas clinique C	160
2°) Discussion	163
<u>CONCLUSION</u>	167
<u>ANNEXE</u>	172
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	178

INTRODUCTION

Sous ce titre “les abus sexuels”, peut se décliner un sujet très vaste, qui intéresse de nombreux domaines. Le sujet, bien qu’ancien, reste toujours d’actualité. Preuve en est, il continue à interroger l’ensemble des professionnels qui travaillent notamment auprès des enfants et des adolescents. Ainsi, médecins, psychiatres, équipe pluridisciplinaire médico-psycho-sociale, à côté et parfois en collaboration avec les administrations d’aide à l’enfance, la justice, la police, mais aussi les associations d’aide aux victimes, travaillent pour dépister, évaluer, mener des actions pour apporter protection, aide et soins aux victimes d’abus sexuels. Le phénomène reste un problème de société et de santé publique.

Dès lors le débat est ouvert. Les actions doivent être multiples : il faut informer, dépister, signaler, condamner, mais aussi évaluer, soigner, pour aider la victime à grandir et à se reconstruire, pour aider l’agresseur à “guérir” (ou à “se repentir”). La mission est vaste.

La situation est ainsi assez particulière pour les soignants qui prennent en charge ces enfants et adolescents victimes d’abus sexuels. Il s’agit en effet d’un des rares domaines où nous sommes confrontés de façon quasi permanente avec la question judiciaire, discipline bien différente de celle que nous connaissons. Nos examens cliniques et nos diagnostics vont avoir une incidence éventuelle dans des questions pénales. En complémentarité, même s’il ne s’agit pas du sujet de ce travail, nous sommes interpellés également pour la prise en charge des agresseurs sexuels, éventuellement dans le cadre de l’injonction de soins.

Au moment d’écrire le titre, une question nous était venue autour de “interrogations” ou “interpellations” des soignants ? “Interpellations” dans le sens, où nous sommes “interpellés” par la justice pour l’expertise mais aussi pour faire le signalement, “interpellés” par la justice encore pour expertiser les agresseurs et leur apporter des soins, “interpellés” par les équipes de soins dans les synthèses cliniques, mais surtout “interpellés” en premier lieu par le patient et sa famille. Toutes ces interrogations imposent comme dans toute démarche clinique un positionnement, mais ici un positionnement qui aura quelques impératifs

supplémentaires, qui sont ceux du droit et de la loi. À côté pourtant, il y aura tout un travail à faire sur nous, sur nos représentations, afin de pouvoir se décentrer des situations souvent chargées d'émotion, voire d'effroi, pour pouvoir garder nos capacités de penser et de soigner.

En tant que psychiatre notamment, nous sommes sans cesse confrontés dans les services de psychiatrie à des adultes qui au cours d'une prise en charge ou d'une hospitalisation dans une situation de crise ou de décompensation pathologique, sont amenés à révéler des agressions sexuelles anciennes. Le travail auprès des enfants, notamment dans les services de pédiatrie et d'urgence pédiatrique, nous montre régulièrement l'ampleur du phénomène et dans ce cadre là, s'inscrit dans une prise en charge thérapeutique relativement précoce et préventive. Les prises en charge d'adolescents et de jeunes adultes dans d'autres cadres de soins nous révèlent encore de très nombreuses situations d'abus sexuels tant intrafamiliaux qu'extrafamiliaux.

Si les abus sexuels, qui s'inscrivent dans le cadre plus large de la maltraitance, continuent à être un débat de santé publique, c'est bien en effet parce qu'ils sont fréquents, à côté d'être inducteurs de troubles psychopathologiques éventuellement sévères. Ainsi dans une première partie, nous étudierons différentes enquêtes épidémiologiques et quelques chiffres de prévalence, qui ne rendent que très partiellement compte du phénomène.

La deuxième partie de ce travail envisagera avec un bref rappel historique l'évolution de la place des enfants dans la société, mais aussi la confrontation entre la sexualité, la société et la justice, pour arriver aux lois actuelles en matière d'agressions sexuelles des mineurs et d'obligations faites aux citoyens, aux intervenants auprès de l'enfant et aux soignants. Il sera également envisagé l'évolution des concepts psychanalytiques autour de la sexualité, du développement de l'enfant et de la notion de traumatisme, ainsi que brièvement l'évolution des classifications psychiatriques.

La troisième partie aborde la clinique et des réflexions psychopathologiques qui cherchent à éclairer et à comprendre la symptomatologie aussi bien sur un plan individuel et dynamique, que dans sa dimension intersubjective, notamment familiale et transgénérationnelle.

Le dernier chapitre, à partir des éléments évoqués dans ces trois premières parties et illustré de vignettes cliniques, évoque différentes questions et réflexions des soignants au cours de la prise en charge, par rapport à leur positionnement dans le soin au sein de l'équipe pluridisciplinaire, mais aussi par rapport au patient dans un cadre thérapeutique. Les questions centrales de secret, de victime et de la confrontation entre la réalité des faits et la réalité psychique seront ainsi envisagées.

ÉPIDÉMIOLOGIE et DÉFINITIONS

V/ QUELQUES DÉFINITIONS :

Le terme “d’abus sexuel” est préféré par les différents auteurs, dans son sens “d’usage mauvais, excessif ou injuste” exercé à l’encontre d’autrui. Il est préféré aux termes de “sérvices sexuels”, ou de “violences sexuelles”, qui donnent une notion de gravité potentielle et excluraient les abus sans violence, ou au terme “d’exploitation sexuelle” qui amène la notion plus restrictive de commerce du corps des enfants.

Cet abus représente également la notion de puissance : c’est l’abus de l’autorité détenue par un adulte envers un enfant, pour sa satisfaction sexuelle, mais aussi l’abus de pouvoir et de ruse, l’abus de confiance, ...

Les abus sexuels sont à intégrer dans la question plus large de la maltraitance à l’égard des enfants, qui se rapporte à la fois à l’atteinte corporelle et à la souffrance psychologique et morale. Elle comprend “tout ce qui concourt à l’aliénation et à la souffrance d’une personne du fait d’une autre” (M. Gabel).

1°) Définition de l’OMS :

“Par sérvices sexuels aux enfants, on entend les sérvices exercés sur un enfant par un adulte ou une personne nettement plus âgée, à des fins de plaisir sexuel. L’enfant se définit légalement d’après l’âge légal qui diffère considérablement d’un pays à un autre (de 14 à 18 ans en Europe)”. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution de mineurs”.

Il n’est pas fait notion des liens de parenté entre abuseur et abusé dans cette définition, sans distinguer les ascendants ou ceux qui ont autorité sur l’enfant, les personnes inconnues, ou les pairs. La différence sera faite sur le plan pénal dans le cadre des circonstances aggravantes.

2°) Autres définitions :

Définition du Pr Kempe (pédiatre) en 1962 : “l’abus sexuel se définit comme la participation d’un enfant ou d’un adolescent mineur à des activités sexuelles qu’il n’est pas en mesure de comprendre, qui sont inappropriées à son âge et à son développement psychosexuel, qu’il subit sous la contrainte par violence ou séduction ou qui transgressent les tabous sociaux” [74].

Définition d’Albert Crivillé (psychanalyste) en 1988 : l’abus sexuel est “toute intrusion de l’adulte dans la sexualité de l’enfant, qu’elle soit brutale sans violence, ou avec la visée d’une éducation libre de tous tabous encombrants, par des actes ou des paroles qui véhiculent et imposent la sexualité de l’adulte” [27].

Marceline Gabel définit l’abus sexuel, comme “tout acte ou jeu sexuel entre un adulte et un enfant, ayant pour but de stimuler sexuellement un enfant, ou d’utiliser un enfant pour obtenir une stimulation sexuelle de l’adulte”. Même en absence de violence, “il met en jeu l’affirmation du pouvoir et du statut de l’adulte sur l’enfant”[49].

II/ ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES :

Depuis ces quinze dernières années, les pouvoirs publics conduisent une campagne de sensibilisation sur ce sujet et la littérature française s’est enrichie, à partir tout d’abord des recherches et pratiques professionnelles à l’étranger.

Les différents chiffres qui émanent des études peuvent être soumis à des variations extrêmes. Ces variations dépendent de la méthodologie et des définitions prises en compte dans les différentes études, notamment par rapport à la définition des abus sexuels, l’âge limite considéré pour les victimes (inférieur à 14 ans, inférieur à 18 ans, ...), l’écart d’âge entre l’abuseur et l’abusé (pour certaines études, la victime a moins de 14 ans et l’agresseur doit être âgé d’au moins 5 ans de plus que la victime), les différents types de populations étudiées. De plus, le recueil des

données peut se montrer difficile et soumis à des réponses faussement négatives, du fait même du sujet de l'enquête, qui se rapporte à la sexualité, mais aussi à un tabou, et à un événement qui a des conséquences médico-légales éventuellement. De ce fait, la comparaison des différentes études est rendue complexe, voire impossible statistiquement du fait de ces variations méthodologiques.

D'une façon plus large, les données épidémiologiques dépendent de la source de données (enquête en population générale, services de police, hôpitaux, services sociaux, ...) et ne sont alors le plus souvent que parcellaires. L'augmentation actuelle des chiffres est également influencée par l'accroissement des mesures de dépistage et de prévention.

Il faut donc rester prudent quant à une lecture linéaire des chiffres et statistiques.

Dans une revue de la littérature internationale [39], D. Finkelhor révèlent, selon la définition des abus sexuels (dans 14 pays), des taux de prévalence d'abus sexuels dans l'enfance et l'adolescence de 7 à 36% pour les femmes et de 3 à 29% pour les hommes.

D'une façon générale, ce qui semble pouvoir être retenu, c'est qu'une fille sur quatre et un garçon sur huit seront victimes d'abus sexuels avant 18 ans (chiffres avancés notamment au Congrès Mondial sur l'Enfance Maltraitée (Sydney) en 1986 [49]).

A/ QUELQUES ÉTUDES INTERNATIONALES :

1°) Étude de A. Kinsey [57] :

C'est une étude nord-américaine déjà ancienne (datant des années 1940) et considérée comme pionnière sur le sujet. Elle avait porté sur 5940 femmes blanches, âgées de 16 à 45 ans, appartenant toutes à des groupes sociaux précis (groupes

scolaires, groupes religieux, associations de parents, ...) essentiellement représentatifs des classes moyennes et aisées de 48 états, et vivant pour 69% dans six états représentatifs à la même période de 47% de la population des États-Unis (Northeast, Ohio, Indiana, Illinois, Floride, Californie). Il ne s'agit pas d'un échantillon randomisé de la population. La question de l'enquête portait sur des antécédents d'abus sexuels au cours de la vie (et pas seulement dans l'enfance). 4441 personnes (soit 75%) ont répondues. L'enquête était effectuée par un entretien en face à face. A. Kinsley et ses collaborateurs testent à deux reprises à différentes périodes, la fiabilité des réponses en réinterrogeant avec le même questionnaire un échantillon de 319 personnes.

Les résultats de l'étude étaient les suivants :

- 24,2% (1075/4441) ont rapportés des antécédents d'abus sexuels avant l'âge de 14 ans avec un homme adulte : pour 80%, il s'agissait d'un abus unique, pour 12% de 2 abus, et pour 8% de trois abus ou plus.

- le type d'abus : dans la moitié des cas, il s'agissait d'une exhibition génitale ou verbale sans contact sexuel. La prévalence des abus sexuels avec contact corporel était de 12% de l'ensemble des femmes interrogées.

- concernant l'auteur de l'abus : un auteur inconnu dans 49% des cas, un ami dans 30% des cas et un membre de la famille dans 22% des cas (le père étant ici l'abuseur dans moins de 1% des cas).

Dès lors, on peut noter que cette étude, montre des chiffres sensiblement différents, notamment en ce qui concerne les liens de parenté entre l'abuseur et l'abusé, par rapport aux autres études, qui lui succèdent.

Elle a été pourtant une des premières études, de plus sur un échantillon important de population (malheureusement non randomisé), à mettre en évidence l'importance des abus sexuels.

2°) Étude de Diana Russel, en 1978 [92] :

À partir d'un échantillon représentatif (randomisé) de 930 femmes de plus de 18 ans, résidant à San Fransisco, cette étude porte sur les antécédents d'abus sexuels intrafamiliaux et extrafamiliaux, au cours de la vie entière. La définition des abus sexuels, utilisée dans cette enquête, excluait les cas où il n'y avait pas de contact corporel (à savoir l'exhibitionnisme, le voyeurisme, ...). L'enquête était menée par un questionnaire en face à face. Il est à noter, le refus de 50% des femmes initialement sélectionnées pour participer à l'enquête, ce qui peut modifier de beaucoup la prévalence.

Les résultats sont schématiquement les suivants :

- 28% des femmes interrogées rapportent au moins un antécédent d'abus sexuel avant 14 ans ; 38%, avant l'âge de 18 ans (c'est-à-dire entre 14 et 17 ans inclus).

au moins un abus sexuel	intrafamilial	extrafamilial	intrafamilial et/ ou extrafamilial
avant 14 ans	12 %	20 %	28 %
entre 14 et 18 ans	16 %	31 %	38 %

- Si la définition des abus sexuels est élargie, alors les chiffres deviennent respectivement de 48% (avant 14 ans) et 54% (avant 18 ans).

- 29% des abuseurs appartiennent au cercle familial de l'abusé (4,5% sont les pères ou beau-pères) ; 60% sont connus de la victime mais sans liens familiaux ; 11% des abuseurs sont inconnus de l'abusé au moment des faits.

- 96% des agresseurs sont des hommes ; 4% sont des femmes.

- la gravité, au sens médico-légal, des abus est répertoriée dans cette étude ; ainsi l'abus est étiqueté : "très sérieux", en cas de pénétration ou de tentative, dans 23% des abus sexuels intrafamiliaux et dans 53% des abus sexuels extrafamiliaux.

- seulement 2% des abus intrafamiliaux et 6% des abus extrafamiliaux avaient été rapportés à la police.

3°) Le rapport Badgley (rapport du Comité sur les infractions sexuelles au Canada) en 1984 [43] :

Il repose sur une étude nationale par sondage (en 1983), auprès d'un échantillon représentatif de la population adulte canadienne. Le questionnaire auto-administré a reçu 94% de réponses.

Dans le cadre de cette étude, 2008 Canadiens dans 210 localités, ont été interrogés.

Le rapport indiquait que :

- environ une femme sur deux (54%) et un homme sur trois (31%) ont été victimes d'acte sexuel non désiré au cours de sa vie, dont pour environ 60% dans les deux sexes (avec un légère prédominance masculine) d'attouchements sexuels, de tentative d'agression et d'agressions sexuelles directes.
- 22% des femmes et 7% des hommes ont subi au moins deux infractions sexuelles.
- 65% des abus ont eu lieu avant les 18 ans de la victime.
- plus de 95% des abuseurs sont des hommes ; 15% seraient des adolescents.
- 82% des agresseurs sont connus de leur victime au moment des faits (avec 25% des agresseurs qui appartiennent à la famille ou apparentés et 57% qui sont connus de la victime, mais en dehors d'un lien de parenté).
- dans au moins 40% des cas, il n'y a pas eu de menaces ou de violences physiques associées.
- à propos de la demande d'aide au moment des faits et de la révélation : elle concerne moins de 28% des femmes et moins de 10% des hommes.

4°) Étude de Finkelhor [40]:

C'est une étude faite en juillet 1985 sur un échantillon, représentatif de la population américaine, de 2626 personnes de plus de 18 ans (1481 femmes et 1145 hommes). Le questionnaire (questions centrées sur différents abus sexuels avec des définitions précises) a été fait par téléphone par un institut de sondage habilité ("The Los Angeles Times Poll"). Il est à noter 24% de refus de répondre.

D'après cette étude :

- 27% des femmes et 16% des hommes révèlent des antécédents d'abus sexuels (dont 23% des femmes et 22% des hommes avant l'âge de 8 ans).

- l'âge moyen où ces abus sont survenus est de 9,6 ans pour les filles et 9,9 ans pour les garçons. 28% des abus sexuels ont eu lieu entre 7 et 10 ans, 49% entre 10 et 14 ans (et 57% entre 10 et 16 ans).

- la plus grande part des abuseurs est connue des enfants victimes. Les abuseurs sont des membres de la famille, dans 29% (dont 6% par le père ou le beau-père) des situations rapportées par des femmes et 11% quand rapportées par des hommes. A l'inverse, des abuseurs étrangers sont cités pour 21% des femmes, et pour 40% des hommes. La moitié des abuseurs avait autorité sur l'enfant au moment de l'agression.

- pour 64% des femmes abusées et 73% des hommes abusés, il s'agissait d'un événement unique.

- ce sont des hommes dans 98% des cas des femmes abusées et dans 83% des hommes abusés. La plupart des agresseurs avait au moins 10 ans de plus que la victime.

- on retrouve un abus à type de pénétration ou de tentative, dans 49% des cas rapportés par les femmes (soit 13% de toutes les femmes) et dans 62% de ceux rapportés par les hommes (soit 9% de tous les hommes).

- la violence majeure a été retrouvée seulement chez 15% des victimes garçons et 19% des victimes filles (à noter que dans bon nombre d'autres études, la violence est décrite dans environ 50% des situations, si on considère l'utilisation de la force et de la contrainte).

- 42% des hommes abusés déclarent ne l'avoir jamais révélé contre 33% des femmes.

5°) Étude de Genève [57; 83] :

Cette étude a été menée entre 1994 et 1995, à partir d'un groupe d'écoliers et sur un échantillon de 1193 élèves, représentatif (parmi 201 classes de 9^{ème}) de la population adolescente de Genève. Les personnes étaient âgées de 13 à 17 ans et de 14 à 16 ans pour 96,8%. Il n'y a eu que 63 absences (absences pour maladie) de réponses au questionnaire auto-administré anonyme (avec vingt questions, explorant les données socio-démographiques, les données concernant un ou plusieurs abus sexuels, leur type, leurs circonstances, les abuseurs, les idées reçues sur le sujet, ...). 93,5% des questionnaires étaient analysables.

Les résultats rapportent :

- des antécédents d'abus sexuels (avec ou sans contact physique) pour 33,8% des filles et pour 10,9% des garçons. Les filles ont rapporté des abus avec contact corporel, 6 fois plus souvent que les garçons et des abus sans contact 2 fois plus souvent.

- des récidives sont plus fréquemment décrites pour les abus sexuels avec contact corporel que pour les abus sexuels sans contact.

- la moitié environ des abus sexuels a eu lieu avant 12 ans.

- 59,5% des filles et 65,9% des garçons évoquent un événement unique.

- l'abuseur est connu de la victime pour 62,1% des situations, dont par un membre de la famille pour 20,5% des filles et 6,3% des garçons ; pour 39,2% des filles et 64,6% des garçons, il s'agit d'une personne connue, mais extérieure à la famille.

- les abus sexuels sans contact (dont l'exhibitionnisme) sont plus souvent le

fait d'inconnus, que ceux avec contact.

- l'abuseur est une femme pour 1,9% des filles et 27,8% des garçons.

- cette étude met en évidence la part d'abus sexuel subi de la part d'un jeune âgé de moins de 5 ans de l'abusé, pour environ 6,8% des garçons (et alors abus sans contact) et pour 12,9% des filles (expérience sexuelle d'abus, avec contact, le plus souvent par un ami ou un ex-copain).

- à propos de la révélation à un tiers antérieurement à l'enquête, 63,5% des filles et 41,7% des garçons en avaient déjà fait part à quelqu'un.

Une analyse factorielle des résultats de cette étude a permis de définir cinq classes d'abus sexuels selon des variables les plus fortement associées, ce qui permet de donner des chiffres de prévalence non plus globale (à savoir une prévalence cumulée), mais des taux de prévalence différenciée, dont les résultats sont représentés dans le tableau ci-dessous :

	les filles	les garçons
abus sans contact, unique, par un adulte inconnu	10,9%	2,4%
abus sans contact, par un pair (*) connu, mais pas de la famille		6,8%
abus avec contact, début à + de 12 ans, par un pair (*) connu ou de la famille	12,9%	
abus avec contact, début entre 8 et 11 ans, pendant + de 2 ans, par un adulte de la famille	5,5%	1,1%
abus (pénétration), début avant 8 ans, pendant + de 2 ans, par un adulte connu ou de la famille	4,6%	0,7%

(*) "un pair" : lorsque la différence d'âge entre l'abusé et l'abuseur est de moins de 5 ans ; si égal ou plus de 5 ans d'écart d'âge, l'abuseur est "un adulte".

Il est important de noter que ces chiffres sont du même ordre que ceux de deux autres études faites aux États-Unis et en Finlande portant respectivement sur 2000 enfants et adolescents (de 10 à 16 ans) et 7000 adolescents (de 15 à 16 ans). Ces trois études, du fait de la population étudiée, ont l'intérêt de limiter l'écueil de perte ou de distorsion de mémoire par rapport aux études sur une population d'adultes, et d'autres études sur d'autres sujets citent une fiabilité des réponses des adolescents sur ce type d'étude au moins égale à celle des adultes.

B/ ÉTUDES FRANÇAISES :

On retrouve en France 3 études quantitatives rétrospectives [14], avec questionnaire auto-administré. Il s'agit de :

- l'enquête réalisée pour le Projet Régional d'Observation des Maladies Sexuellement Transmissibles (le PROMST), en avril-mai 1989, dans la région Rhône-Alpes, auprès d'un échantillon de 1511 personnes représentatives de la population des 18-59 ans de cette région (772 femmes et 739 hommes),

- l'enquête réalisée par le Centre de Recherche sur l'Enfance et l'Adolescence, en mai-juin 1988, auprès d'un échantillon représentatif de 1000 étudiants des deux années de DEUG, dans la région parisienne.

- l'enquête réalisée par le Centre inter-universitaire de médecine préventive de Grenoble et le CIDSP en mai 1989, auprès de 720 étudiants de 2^{ème} année de DEUG.

5 questions sont élaborées par le groupe de recherche sur les abus sexuels (pour enquête Rhône-Alpes) :

1°)- Avant 18 ans, avez-vous subi un ou plusieurs abus sexuels ?

2°)- Quelle est la nature de cet ou de ces abus ?

3°)- Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi le premier abus ?

4°)- Quelles sont la(les) personne(s) qui ont abusé de vous ?

5°)- Après cet événement en avez-vous parlé, y a-t-il eu intervention ?

1°) Les résultats :

Les résultats de l'enquête Rhône-Alpes comparée aux deux autres enquêtes sont les suivants :

- “Avoir subi un ou plusieurs abus” :

(compte-tenu de l'échantillon de petite taille, les pourcentages ne sont que des ordres de grandeur)

avoir subi un ou plusieurs abus sexuels avant 18 ans	étude Rhône-Alpes	étude dans la région parisienne	étude à grenoble
% par rapport à la population de l'échantillon	6,2%		9%
% des femmes par rapport à la population des femmes	7,8%	8% (22% quand définition élargie à l'exhibitionnisme)	11%
% des hommes par rapport à la population des hommes	4,6%	7% (8%)	

- Acte unique ou situation prolongée :

(dans l'enquête Rhône-Alpes, la réponse à la question ci-dessus permettait le non jamais, oui une fois, oui plusieurs fois).

Le pourcentage d'abus répétitifs par rapport à celui du total des abus pour une population donnée est de 41,7% pour les femmes, 18,2% pour les hommes (soit 33% sur l'ensemble des personnes abusées de l'échantillon). Ces résultats concordent avec d'autres études et montrent la plus grande fréquence des situations d'abus à répétition chez les filles, et notamment en intrafamilial.

- Nature des abus :

(à définir entre 6 items, classés secondairement pour l'enquête en deux types) :

- Type A : agressions de la sphère sensorielle de l'enfant (1- conversations ou appels téléphoniques obscènes, 2- présentations forcées d'images pornographiques, 3- exhibitions d'organes sexuels d'adultes).

- Type B : actes utilisant le corps de l'enfant (4- attouchements sexuels ou masturbation forcée, 5 - participation à des scènes pornographiques, 6- relations sexuelles imposées (vaginales, anales, buccales).

Les résultats montrent que 2/3 déclarent avoir subi un abus de type B et ce aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Les deux autres enquêtes permettent de préciser ce résultat et montrent qu'en fait les abus de type A et de type B sont en nombre sensiblement égal, et qu'il est fait une différence entre événements sexuels et abus sexuels. Autrement dit toutes les personnes exposées à un abus de type A ne l'ont pas vécu comme un abus, en fonction de valeurs socio-culturelles, du contexte familial, ... L'incidence de cet élément existe aussi lors de la prise en charge thérapeutique, entre la gravité potentielle de l'abus, la perception de cet abus et les conséquences psychoaffectives ultérieures.

- Âge au moment du premier abus :

- environ 50 % : avant 12 ans chez les garçons

avant 11 ans chez les filles,

avec un pic de fréquence très augmenté entre 9 et 12 ans.

- 53 à 57 % entre 10 et 16 ans, selon les trois études.

- Auteurs des abus :

	personne inconnue	personne connue	dont membre du cercle familial
Enquête Rhône-Alpes	37%	63%	17%
Rapport Badgley (Canada- 1983)	18%	82%	environ 25%
Étude de Genève (1995)		62,1%	20,5% (filles) 6,3% (garçons)
Différentes études aux États-Unis		80 à 90%	

- Révélation de l'abus :

-étude Rhône-Alpes:

- moins de 40% affirment en avoir parlé au moment des faits
- dans moins de 10% des cas, il y a eu l'intervention d'une autorité médico-sociale, policière ou judiciaire.

2°) Éléments de discussion :

Ces enquêtes apportent des éléments de réponse, mais présentent différents biais méthodologiques. Comme il s'agit d'enquêtes rétrospectives, les réponses des personnes interrogées peuvent être modifiées par le déni d'évènements douloureux ou à l'inverse des reconstructions de faits.

Il semble tout de même pour les différents auteurs que les pourcentages observés soient inférieurs à la réalité du phénomène.

De même, les chiffres mettent à la fois en évidence l'ampleur du phénomène et l'effet de l'information qui tend à diminuer l'auto-censure (ce que semble pouvoir montrer le peu de refus de réponses aux questionnaires).

Compte-tenu des échantillons relativement faibles, la marge d'erreur est importante et les pourcentages ne doivent être compris que à titre indicatif et pour un ordre de grandeur.

Ces études, comme d'autres études internationales, mettent en évidence que le phénomène touche toutes les couches de la société, sans différence significative entre les milieux ruraux et urbains, ni selon les catégories professionnelles. Les auteurs signalent tout de même un "effet diplôme", qui serait que les plus jeunes et les plus diplômés déclarent plus d'abus sexuels (et ce pour l'enquête Rhône-Alpes), ce qui peut également expliquer les chiffres supérieurs dans les deux enquêtes étudiantes. Ceci a bien sûr une incidence dans le cadre de la prévention et de l'accès plus difficile à la révélation en fonction d'un certain statut socioculturel.

A propos de l'âge du premier abus, les résultats obtenus dans ces trois enquêtes françaises concordent avec des données internationales. Néanmoins, certains auteurs s'accordent à dire qu'il pourrait y avoir en cas d'abus sexuels chez des tout petits enfants un oubli ou une non intégration du traumatisme en tant qu'abus sexuel. En effet, d'autres études montrent qu'un tiers des enfants adressés à l'hôpital pour abus sexuels aurait moins de six ans.

Ces études datent de plus de dix ans et il semble qu'actuellement avec l'évolution des connaissances, de l'information et des lois, le nombre de plaintes et de signalements qui parviennent à la justice soit plus élevé.

C/ QUELQUES CHIFFRES EN FRANCE [53 ; 80] :

L'épidémiologie mesure à la fois l'ampleur du phénomène, mais aussi l'information et l'impact des différentes campagnes de prévention, notamment.

Ainsi depuis plus de dix ans notamment depuis la loi du 10/07/89, il s'organise dans les différents départements le recueil et le traitement des différents signalements d'enfants maltraités, ainsi que l'information et la formation des différents intervenants auprès de l'enfant. Les bilans de l'Observation de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) illustrent une estimation sur la situation de l'ensemble des signalements d'enfants au conseil général, ayant fait l'objet d'une évaluation pluridisciplinaire transmise au service de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), à savoir

que ces chiffres n'incluent pas les signalements d'enfants directement adressés à l'autorité judiciaire. Néanmoins, dans certains départements, les services hospitaliers et l'Éducation nationale informent l'ASE des situations de saisine judiciaire directe. En 1998, 80 réponses de départements ont pu être exploitées ; en 2000, 67 réponses sont exploitables sur les 96% des départements qui ont répondu à l'enquête avec une forte proportion de départements les plus peuplés [80].

1°) Évolution des signalements ASE de 1992 à 2001 en fonction du types de mauvais traitements :

Entre 1992 et 1995, le nombre de signalements à l'ASE concernant les enfants maltraités avait considérablement augmenté et surtout pour les abus sexuels, ainsi que le nombre d'enfants à risque de maltraitance. Depuis 1996, il semble que les chiffres de maltraitance (par cette source d'information) se stabilisent et baissent même en 1998, alors que les situations à risque sont en perpétuelle augmentation. Cette baisse paraît surtout imputable à la baisse des signalements pour abus sexuels en 1998. Dans la lettre trimestrielle publiée par l'ODAS en septembre 1999, il est pointé la forte inflation des signalements en 1996 et 1997, suite au congrès de Stockholm et de l'affaire Dutroux, et le retour ensuite à des niveaux antérieurs. Il est aussi précisé que le nombre important des non-lieux judiciaires, suite aux signalements pour abus sexuels peut probablement aussi avoir une incidence par rapport à la diminution des signalements. Le nombre de signalements pour abus sexuels réaugmente depuis 1999 et ce fortement depuis 2 ans, ce qui pourrait s'expliquer par l'existence de situations dissimulées et révélées au moment des campagnes d'information et de sensibilisation. Cette tendance se confirme en 2001.

	1992	1994	1996	1998	2000	2001
abus sexuels	2 500	4 000	6 500	5 000	5 500	5 900
violences physiques	6 500	7 000	7 500	7 000	6 600	5 800
négligence grave & violences psychol.	6 000	4 000 1 000	7 000	5 300 1 700	4 800 1 400	4 700 1 600
Total des enfants maltraités	15 000	16 000	21 000	19 000	18 300	18 000
enfants en risque	30 000	38 000	53 000	64 000	65 500	67 500
Total des enfants en danger	45 000	54 000	74 000	83 000	83 800	85 500

2°) Évolution des transmissions à la justice, par le service de l'ASE :

En ce qui concerne le nombre de signalements qui font l'objet d'une transmission judiciaire, 59% sont transmis en 1998 (en légère diminution de 1% par rapport à 1997) et compte-tenu d'une diminution des signalements pour maltraitance, la proportion des signalements pour risque transmis à la justice ne cesse d'augmenter.

Les raisons évoquées sont l'impuissance des professionnels face à la précarité et aux familles très désorganisées ou très pathologiques, la jeunesse et l'inexpérience des professionnels en difficulté pour faire des évaluations très précises, les problèmes d'encadrement, la crainte de prendre des risques éventuellement renforcée par les différentes pratiques judiciaires selon les départements. Ces chiffres restent stables en 2001, alors que les mesures administratives décidées par l'ASE augmentent. Il semble en fait que depuis 2001, l'Education Nationale transmet de plus en plus de ses signalements au conseil général et moins souvent directement au parquet.

	1994	1996	1998	2000	2001
Transmission judiciaire	31 000	42 000	49 000	47 500	48 000
mesure administrative	27 000	32 000	34 000	36 300	37 500
total des signalements	58 000	74 000	83 000	83 800	85 500
judiciarisation des signalements	53%	57%	59%	57%	56%

Dans le rapport de l'ODAS de l'année 2000 et 2001, les tendances se confirment, avec une augmentation surtout des enfants à risque de maltraitance avec une progression la plus importante du risque éducatif et des carences relationnelles et éducatives et des risques issus des conflits de couple, ainsi que les problèmes psychopathologiques des parents. En revanche, en ce qui concerne les signalements pour abus sexuels, les chiffres sont comme sus-cités en augmentation, ce qui s'expliquerait à la fois par l'impact de la médiatisation et l'évolution des pratiques des professionnels.

Ce bilan vérifie l'amélioration des observations des situations par les départements, mais tout reste à faire en matière d'évaluation des réponses apportées. Pour M. Gabel, "il faut maintenant passer du *savoir ce que l'on dit* - le signalement - au *savoir ce que l'on fait* - les mesures mises en œuvre - pour *parvenir au savoir à quoi ça sert* - les résultats".

3°) Signalements directs au parquet des mineurs :

Les signalements directs au parquet des mineurs représentent l'autre partie des signalements. Il est plus difficile d'obtenir les chiffres par cette voie. D'après les documents de l'ODAS [80], il semble que l'on ne possède pas à ce jour le nombre total des saisines directes de l'autorité judiciaire.

III/ FACTEURS DE RISQUE et FACTEURS “PRONOSTIQUES” :

A/ DES FACTEURS DE RISQUE [54 ; 57] :

Les différentes études avancent un certain nombre de facteurs de risque, qui ne sont que statistiques et relatifs. Ils ne peuvent en aucun cas permettre de stigmatiser un groupe à risque dans la population, groupe qu’il suffirait alors d’identifier pour mener les actions préventives. Néanmoins, il est classique de reconnaître certains facteurs.

La victime est dans environ 80% des cas de sexe féminin.

L’abuseur est dans 95 à 99% des cas de sexe masculin.

L’âge des victimes : à partir de 7 ans, on observe une augmentation progressive de l’incidence des abus sexuels, et ce jusqu’à 12 ans. Une nouvelle augmentation importante de l’incidence existe entre l’âge de 13 et de 15 ans (notamment pour les filles).

Dans le cas des abus sexuels intrafamiliaux :

- le lieu des abus est le plus souvent le domicile familial,
- les abus sont plus fréquents si le couple vit des difficultés relationnelles et est en cours de séparation ou séparé,
- l’abuseur aurait été plus souvent que dans la population générale victime lui-même d’un abus dans son enfance,
- le risque d’être à nouveau abusé est augmenté,
- un enfant dont un des membres de sa fratrie a été abusé a un risque fortement plus élevé d’être lui-même victime.

La composition de la famille apparaît comme un élément fortement associé avec une corrélation significative de risque d'abus sexuels, avec un risque plus élevé d'abus pour les filles qui ne vivent pas avec leurs deux parents par rapport à celles vivant avec leurs deux parents (risque relatif de 1,5 dans l'étude de Genève notamment) [83], de même pour les filles vivant avec un beau-parent (risque augmenté de 1,56 fois, selon la même étude). De plus, ces abus concernent des situations avec plus de facteurs de gravité (notamment des abus sexuels avec contact corporel). Une corrélation similaire s'observerait chez les garçons dans les mêmes situations.

Néanmoins, la majorité des abus subis par les enfants dans ce type de famille n'était pas le fait des parents ou beaux-parents. Ces éléments pourraient être interprétés, d'après les études, par une certaine "vulnérabilité" face aux abus sexuels par la recherche de compensation affective du fait d'une diminution d'estime de soi, ou par le fait d'un moins bon encadrement et de moins de protection par les parents.

A l'inverse, l'enfant hyperprotégé peut être en danger, car il n'a pas intégré les éléments pour se défendre lui-même [80].

La classe socio-économique et l'origine des familles ne sont pas selon les études des variables significatives pour l'incidence des abus sexuels, contrairement à d'autres formes de maltraitance.

B/ DES FACTEURS "PRONOSTIQUES" :

Même si la "gravité" potentielle de tel ou tel abus reste une notion relative par rapport au sujet et à son développement, un certain nombre de facteurs de gravité ou de protection sont actuellement reconnus [57], s'appuyant sur différentes études et classifications [40 ; 57].

Ainsi d'une façon générale et collective (avec des exceptions individuelles), il est admis des variations de gravité selon :

- Le type d'abus sexuel :

Les abus sexuels sans contact corporel ont un risque péjoratif moindre que les abus avec contact, avec une potentialité négative qui augmente de l'attouchement sexuel à la pénétration ou introduction génitale. Les abus sexuels impliquant une part active de la victime sont considérés comme plus graves que ceux où la victime est passive.

- La répétition et la durée des abus :

Ces facteurs sont largement retenus, avec un facteur pronostique négatif en cas d'abus sexuels répétés et sur une longue période.

- L'âge de la victime :

Les facteurs sont ici multiples. En effet, il est reconnu une gravité potentielle plus importante, si les abus ont lieu après 7 ans pour le même type d'abus, selon certaines études. Cependant le type d'abus sexuel a bien évidemment une incidence par rapport à cette question d'âge, en fonction d'une certaine maturité et d'une certaine connaissance sexuelle, ce qui influence la compréhension des éventuelles agressions. De même, les abus à l'égard des enfants jeunes sont plus souvent le fait d'agresseur ayant des liens proches avec la victime (plus d'abus intrafamilial avant 11 ans et risque de rencontre d'un agresseur extérieur à la famille augmenté à partir de 12 ans) et durent plus longtemps, ce qui représentent deux facteurs de gravité.

- Le sexe de la victime :

Le fait d'être un garçon serait en général un facteur négatif plus important, mais ceci ne se retrouve pas dans toutes les études et pourrait avoir pour biais le fait que les garçons révèlent moins les abus. C'est donc un élément très contesté.

- Les liens entre la victime et l'agresseur :

Ce facteur semble être un des plus importants. Les abus paraissant les plus graves, seraient commis par les parents, puis les beaux-parents, ce qui est en lien bien sûr avec la confusion et la perte de confiance destructurante qu'ils entraînent, mais aussi avec la durée plus longue des abus. Pour les autres liens de parenté, les études ne montreraient pas de variations significativement plus importantes que pour les abus extrafamiliaux.

- L'âge de l'agresseur :

La répercussion d'une agression sexuelle commise par un adulte sur un enfant serait considérée comme plus grave (avec un écart de plus de 5 ans d'âge utilisé comme critère le plus souvent).

- Les moyens utilisés par l'agresseur pour vaincre la résistance de la victime :

La violence et la menace seraient considérées comme entraînant des perturbations psychopathologiques sérieuses, mais ne sont pas des conditions nécessaires pour définir des abus graves.

- La révélation de l'abus par l'enfant et les suites données :

D'après les études, ces facteurs appartiennent aussi aux déterminants les plus importants quant à la gravité et aux conséquences des abus, avec un élément d'autant plus favorable que l'enfant est cru et qu'il y a une intervention des adultes, et que cette intervention est rapide et bien organisée (équipe spécialisée pluridisciplinaire, lieu adapté, constance des intervenants, examen et expertise uniques,...). De même, des facteurs pronostiques positifs sont le soutien de la famille, le maintien le plus possible de l'enfant dans son cadre de vie (selon les situations).

Ainsi, peuvent être considérés comme des facteurs pronostiques négatifs, le fait d'être dans un milieu isolé, peu riche en relations, ainsi que d'appartenir à une famille avec de grosses difficultés relationnelles, ce qui ne favorise pas la révélation.

À l'inverse, une famille unie et l'appartenance à un milieu ayant une bonne capacité d'écoute sont des facteurs pronostiques positifs.

Un élément est néanmoins à préciser quand à la prise en charge des victimes. Des mesures manquant de discrétion avec éventuellement une médiatisation des traumatismes subis sont considérées comme des facteurs péjoratifs.

- Autres facteurs :

Ils ont aussi une incidence, telle l'histoire personnelle et familiale, le contexte familial et la réaction des parents, ...

Plusieurs de ces différents facteurs sont corrélés et aucun ne constitue un élément suffisant pour parler de gravité, ce qui justifie l'analyse des facteurs par une classification à correspondances multiples, telle dans l'étude de Genève de 1994-1995 sus-citée, et impose une grande prudence quant à son application au niveau individuel.

HISTORIQUE ET ÉVOLUTION
DES LOIS et DES CONCEPTS

I / QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES :

ÉVOLUTION de la SOCIÉTÉ, de la SEXUALITÉ et de la LOI

A/ ÉVOLUTION DE LA SOCIÉTÉ :

L'enfance définie comme “une période d'éducation et de formation” est une donnée sociale relativement neuve (20^{ème} siècle) et c'est seulement à la fin du 19^{ème} siècle que l'enfant n'est plus considéré comme un petit adulte, mais comme un sujet à un moment particulier de son développement et de sa vie et donc ayant une psychologie spécifique.

La notion de maltraitance aux enfants est aussi une notion récente. Il faut en effet rappeler que jusqu'au début du 19^{ème} siècle, le droit de “correction paternelle” pouvait intervenir quand “l'autorité paternelle était bafouée, la paix familiale compromise ou que le père avait de graves sujets de mécontentement” [51] ; ce droit ne sera aboli qu'en 1935.

En 1841, une loi française interdit le travail des enfants de moins de 8 ans et n'autorise pas plus de huit heures de travail par jour aux enfants de 8 à 12 ans. Cette loi n'est pas réellement appliquée. En 1882, l'école devient obligatoire de 6 à 13 ans (loi Jules Ferry) [78].

Après la seconde guerre mondiale, on assiste à une dynamique d'émancipation, dans la continuité de différents mouvements sociaux, ce qui permet entre autre d'évoquer la défense et les droits de l'enfant. Notamment, entre 1950 et 1960, il existe une réelle évolution des mœurs, avec émergence d'une culture juvénile. L'évolution des mouvements féministes amène à une évolution des droits de l'enfant et des droits de la femme (droit de vote des femmes le 04/10/1945, seulement). Cette évolution des mœurs donne également une place aux femmes dans leur sexualité, qui peut alors être dissociée de la maternité (apparition de la contraception et de la possibilité d'avoir recours légalement à une interruption volontaire de grossesse, le 15/01/1975 (loi Veil)).

Dans les mêmes années, le problème du viol et des femmes battues devient un objet de débat institutionnel et de prévention, alors qu'auparavant il faisait l'objet de non-dit et de secret de famille.

C'est également jusqu'à la deuxième moitié du 20^{ème} siècle que la violence parentale est en grande partie ignorée, alors même que certains médecins avaient fait bien avant des descriptions physiques de corps d'enfants violentés, tel Ambroise Tardieu en 1860 (professeur de médecine légale, ayant publié des travaux à partir de l'observation de 339 cas d'inceste chez des enfants de moins de 11 ans et donnant des statistiques françaises entre 1858 et 1869 : 9125 sur 11576 viols ou tentatives de viols concernaient des enfants, surtout âgés de 4 à 12 ans). La "mouvance pédiatrique" de la moitié du 20^{ème} siècle est à l'origine de la redécouverte et de la description de l'enfant battu. En 1953, Silverman évoque une hypothèse traumatique devant des lésions multiples et en 1962, "le syndrome de l'enfant battu", publié par Kempe, Silverman et Steele, démontre que la plupart des enfants en bas âge qui présentaient des traumatismes corporels graves (et dont le diagnostic était éventuellement jusqu'alors un "syndrome d'hypersensibilité aux contusions") étaient victimes de mauvais traitement, le plus souvent de la part des adultes censés les protéger.

La question de la maltraitance et des abus sexuels des enfants est alors exposée au grand jour avec des descriptions concrètes de pédiatre. L'ampleur du problème est soulignée par les mouvements féministes et fait alors l'objet à partir des années 70-80 d'un renversement des préjugés (qui voulaient croire aux consentements des victimes de viols) et de réflexions autour de la protection de l'enfance et de la prévention de tels sévices.

Les enquêtes épidémiologiques permettront ensuite d'objectiver l'importance du phénomène, ce qui renforcera cette préoccupation devenue une question de santé publique. Ainsi en septembre 1974, au congrès de Montréal, la question des abus sexuels avec sa gravité est clairement dénoncée.

En 1924, la Déclaration de Genève sur les droits de l'enfant cite "la nécessité d'accorder une protection spéciale à l'enfant" ; en 1959, l'Organisation des Nations Unies adopte la "Déclaration des droits de l'enfant". Le 26 janvier 1990 [22], la "Convention Internationale des droits de l'enfant" (Convention de New York) est ratifiée par 21 pays (sur 160 à l'ONU). Cette convention sera publiée par décret en France le 8 octobre de cette même année. La "Convention Européenne des droits de l'enfant" est signée par le conseil de l'Europe en 1995.

La prise de conscience dans l'opinion publique de la question de la maltraitance, dont font partie les abus sexuels et l'inceste, et de son ampleur est donc tout à fait récente, alors même qu'elle a toujours existé.

B/ ÉVOLUTION DES LOIS :

La sexualité, la loi et les abus sexuels [23 ; 41] :

Depuis toujours, certaines constantes étaient repérées dans les sociétés, qu'il s'agisse du tabou de l'inceste, la condamnation de la bestialité et de la sodomie, mais aussi l'interdiction de l'homosexualité (alors que la pédérasterie initiatique était tolérée), le primat de la procréation et le déni de la sexualité de la femme, ...

A l'inverse, certaines sociétés, tout en prohibant l'inceste, favorisaient l'union incestueuse de certaines classes sociales, notamment dans les familles princières et aristocratiques. La référence la plus connue est celle des Ptolémées dans l'Égypte ancienne, qui imposaient l'union entre la fille aînée et son frère (sept sur treize pharaons épousent leur soeur ; Cléopâtre épouse successivement ses deux frères). Les pharaons, les Incas, se proclament divins et se différencient des mortels par "l'accès à la jouissance incestueuse". De même, la noblesse européenne a multiplié les mariages entre familles princières toutes apparentées au royaume d'Angleterre, afin de perpétuer la "pureté de la lignée qui passe par la transmission d'un sang identique"[87].

En référence à des lois anciennes et à titre d'exemple, les Germains ne condamnent le viol au haut Moyen Âge que s'il est commis à l'encontre des "femmes irréprochables", et les Anglais punissent seulement le viol des vierges jusqu'au 12^{ème} siècle. A la Renaissance, les comportements sexuels (éventuellement déviants) ne sont plus réprimés, mais, en dehors du mariage, troublent l'ordre public (en droit religieux et coutumier) et peuvent faire l'objet de condamnations. Jusqu'à la Révolution, les personnes accusées de "bestialité et de sodomie" sont exécutées en place publique. En ce qui concerne l'inceste, la condamnation ne distinguait pas de victime et de coupable, les deux ayant "péché" au sens de l'Église, étaient condamnés à mort par l'État (par pendaison pour l'homme et enterrée vive pour la femme). Après la Déclaration des Droits de l'Homme, le code 1791 supprime la condamnation pour adultère et sanctionne plus sévèrement les auteurs de viol sur mineurs de moins de 14 ans .

À partir de 1810, le code Napoléon (21/03/1804) émancipe les droits privés des adultes en n'interdisant que les comportements sexuels troublant l'ordre public ou atteignant la liberté d'autrui (adultes non consentants et mineurs inaptes à consentir). L'inceste n'est plus alors un crime spécifique. Il y a aggravation des peines si la victime a moins de 15 ans et si l'auteur a autorité sur elle.

La loi du 28 avril 1832 distingue pour la première fois le viol (sans que le terme ne soit mentionné) plus grave que l'attentat à la pudeur et préconise des lois de protection pour les enfants de moins de 11 ans [23]. La loi du 18 mai 1863 condamne l'inceste par ascendant.

En France, la première loi à propos de la protection des "enfants maltraités et abandonnés" date du 24 juillet 1889 et est relative à "la répression des violences, voies de fait et attentats commis contre les enfants", ainsi qu'à la déchéance des droits de la puissance paternelle (l'autorité paternelle est en effet devenue puissance paternelle pour le code civil en 1804). Jusqu'en 1912 pourtant, les enfants restent responsables pour le code pénal et condamnés comme les adultes à des peines d'emprisonnement dans les mêmes lieux, éventuellement au titre de la correction paternelle[51].

Le juge et le tribunal pour enfants sont institués par l'ordonnance du 2 février 1945, ce qui marque bien un tournant en France dans le système de protection de l'enfance [22].

Il s'en suit une loi qui institue "l'assistance éducative", qui peut être ordonnée par le juge, dans les cas où "la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation sont compromises". Un décret prévoit dans ces cas une action sociale préventive auprès des familles (par la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et prévoit également de saisir la justice pour les cas qui relèvent de mesures d'assistance éducative judiciaire.

Avant 1975, le terme de viol n'était pas reconnu par la loi et par conséquent aucune inculpation n'était possible ; aucune jurisprudence ne le reconnaissait non plus. Seules des inculpations pour "coups et blessures volontaires" et pour "outrage public à la pudeur" étaient possibles et correspondaient à des infractions délictuelles, relevant alors des tribunaux correctionnels. En 1975, un tribunal correctionnel se déclare incompétent pour statuer sur une telle infraction, et le viol devient alors un acte criminel.

La loi du 23 décembre 1980 [22] entérine cette évolution jurisprudentielle et propose pour la première fois une définition du viol : "*tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise est un viol*", qui est donc à partir de 1980 intégrée au code pénal. En ce qui concerne les attentats à la pudeur, c'est la jurisprudence qui décide de ceux qui sont "de nature à blesser la nature d'autrui", c'est-à-dire le plus souvent les "attouchements des parties sexuelles". La loi du 22 juillet 1992 (portant réforme aux dispositions du code pénal, relatives à la répression des crimes et délits dus aux atteintes de l'intégrité physique et psychique) redéfinit certains termes et prévoit des circonstances aggravantes, qui seront entérinées dans le nouveau code pénal.

La loi du 10 juillet 1989, dite “Loi sur l’enfance maltraitée”, relative à la prévention des mauvais traitements à l’égard des mineurs clarifie l’articulation entre les différentes instances chargées de la protection de l’enfance (la protection sociale et la protection judiciaire). Elle prévoit entre autre la formation de tous les acteurs jouant un rôle dans la prévention et la protection des enfants victimes de maltraitance. Cette loi cherche à favoriser le signalement des enfants maltraités. Ainsi, un article institue la mise en place d’un service d’accueil téléphonique (numéro vert national). Un autre article de cette loi concerne également la décentralisation de la prise en charge de la maltraitance, avec les services départementaux qui ont alors la responsabilité de la prise en charge et des actions de prévention auprès des enfants, avec également un recueil d’information au niveau départemental, à savoir au niveau du Conseil Général, avec le recueil des données par l’ODAS [64].

Dans le nouveau code pénal en 1994, la loi du 1 février 1994 (dite “loi Méhaignerie”) concernant les auteurs de meurtres d’enfants accompagnés de viol ou de torture ou d’actes de barbarie, alourdit considérablement les peines et introduit une période de sûreté incompressible (jusqu’à 30 ans), avec la possibilité d’une condamnation à la réclusion criminelle à perpétuité. Concernant la lutte contre le tourisme sexuel, cette loi permet la poursuite d’un citoyen français dans le cas d’abus sexuel sur mineur à l’étranger. La loi associe dans un de ses articles sanction et traitement en préconisant l’exécution des peines dans “*des établissements pénitenciers permettant d’assurer un suivi médical et psychologique adapté*” .

La loi du 17 juin 1998 définit maintenant différents volets dans le cadre de la prévention et de la répression des infractions sexuelles ainsi que de la protection des mineurs. Elle prévoit des mesures préventives, concernant les auteurs d’infractions sexuelles : suivi socio-judiciaire, sous le contrôle du juge d’application des peines, avec ou sans injonctions de soins ; des mesures répressives : aggravations des peines, sanctions de nouvelles infractions sexuelles. Elle prévoit également des

mesures d'assistance aux mineurs victimes d'infractions sexuelles : allongement du délai de prescription à 20 ans quelque soit l'auteur des faits (article 25 (article 7 du code de procédure pénale): *“le délai de prescription de l'action publique des crimes commis contre des mineurs ne commence à courir qu'à partir de la majorité de ces derniers”* et article 43, alinéa qui complète l'article 2270-1 du code civil : *“lorsque le dommage est causé par des tortures et des actes de barbarie, des violences ou des agressions sexuelles commises contre un mineur, l'action en responsabilité civile est prescrite par vingt ans”*), enregistrement vidéo des dépositions et expertise médicopsychologique éventuelle, prise en charge des soins, désignation d'un administrateur qui assure la protection des intérêts du mineur si nécessaire, motivation et notification par écrit à la victime par le procureur de la République en cas de classement sans suite, ... Elle est enrichie de plusieurs circulaires d'application et de décrets.

Malheureusement, il semble qu'à l'heure actuelle bon nombre des mesures inscrites dans cette loi n'aient pas cours du fait de la non application de certains décrets et notamment de l'absence de moyens humains et financiers prévus [23].

À titre d'exemple, les enregistrements vidéo des premiers entretiens de l'enfant victime, qui ont fait pourtant l'objet d'un décret établissant leurs pertinences et citant un certain nombre d'éléments techniques (notamment envisageant une séparation de ce lieu d'enregistrement des milieux habituels de justice) ne sont actuellement absolument pas standardisés ni facile à mettre en place et sont souvent sujet à polémiques entre institutions judiciaire et médicopsychologique.

C/ LES LOIS ACTUELLES :

1°) Le code civil [21] :

En France, le code civil définit le mineur comme un *“individu de l'un ou l'autre sexe qui n'a point encore l'âge de dix-huit ans accomplis”*.

Le terme d'inceste n'apparaît dans aucun code français.

Dans le code civil, l'interdit de l'inceste pourrait être représenté par "l'union illicite entre deux personnes qui sont parentes ou alliées à un degré prohibé par la loi pour contracter un mariage civil" [15], à savoir sous la forme de la prohibition du mariage en ligne directe entre ascendants et descendants légitimes ou naturels et alliés dans la même ligne (article 161 du code civil). L'article 162 prohibe le mariage entre frères et sœurs légitimes ou naturels (c'est-à-dire le mariage en ligne collatérale) et l'article 163, entre oncle et nièce, tante et neveu que la parenté soit légitime ou naturelle. L'inceste entre adultes n'est pas poursuivi en droit civil ou en droit pénal, en France [15]. A noter, l'article 144 du code civil stipule que *"l'homme avant dix-huit ans révolus, la femme avant quinze ans révolus, ne peuvent contracter mariage"*.

Mais le code civil ne régit que les alliances prohibées et possibles dans le cadre du mariage, ce qui est tout à fait différent de l'inceste, qui se joue en hors-la-loi dans les familles, où aucune juridiction n'a cours [87].

A noter, que si un enfant naît d'un couple incestueux, la loi (article 334-10) ne lui reconnaît dans son état civil qu'un seul de ses deux parents : *"s'il existe entre les père et mère de l'enfant naturel un des empêchements à mariage prévus par les articles 161 et 162 ci-dessus pour cause de parenté, la filiation étant déjà établie à l'égard de l'un, il est interdit d'établir la filiation à l'égard de l'autre"*. C'est-à-dire que le secret de ses origines s'inscrit dans son acte de naissance.

2°) Le nouveau code pénal (entré en vigueur le 01/03/1994) [22] :

Au sens pénal, les lois font une différence entre les mineurs de plus ou de moins de quinze ans ; les parents ou leurs substituts doivent protéger le mineur dans "sa sécurité, sa santé, sa moralité".

Les relations sexuelles avec un mineur de quinze ans sont toujours punissables. Les relations sexuelles sont non réprimées pour les sujets de plus de 15

ans, lorsqu'elles sont librement consenties, et existent en dehors de tout lien avec un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur [58].

Il définit l'agression sexuelle comme *“toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise”* (article 222-22).

Le viol, appartient à ces agressions sexuelles, et est défini (article 222-23 du code pénal) comme *“tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise”* et la loi (dans le même article) prévoit une peine de réclusion criminelle (*“le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle”*). Les articles suivants prévoient les circonstances aggravantes (notamment quand *“commis sur un mineur de quinze ans”* et quand *“commis par un ascendant légitime, naturel ou adoptif ou par toute personne ayant autorité sur la victime”*, ...) avec majoration des peines (à 20 ans de réclusion criminelle en cas de circonstances aggravantes ; à 30 ans, lorsque le *“viol [...] a entraîné la mort”* ; à perpétuité, lorsque *“précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie”*).

De même, les peines concernant les “agressions sexuelles autres que le viol” sont prévues dans les articles 222-27 à 222-30 (notamment l'article 222-29 : *“sont punies de sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées à un mineur de quinze ans”*). L'exhibition sexuelle est définie dans un article suivant (222-32).

Les articles 227-22 et 227-29 correspondent à la définition et aux peines encourues dans le cas de corruption d'un mineur ; les articles 227-23 et 227-24 correspondent à la diffusion d'enregistrement et la transmission d'images à caractère pornographique d'un mineur. Les peines sont alourdies lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans. L'article 227-25 prévoit la peine encourue en cas d'atteinte sexuelle d'un majeur sur un mineur de quinze ans, *“sans violence, contrainte, menace, ni surprise”*.

3°) À propos du signalement :

a) Définitions :

En France, l'Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) dans son guide méthodologique (mars 1994) distingue l'information (improprement nommée "signalement") et le signalement lui-même.

L'information est un rapport descriptif des révélations entendues. Elle peut émaner du voisinage, de la famille, des intervenants médicaux, éducatifs, sociaux, ... Elle doit comprendre : l'état civil précis des parents et du mineur (date, lieu de naissance, adresse, et si possible, qui détient l'autorité parentale), le nom et l'adresse de la personne citée par le mineur, le lieu des faits (s'ils sont connus), le nom et les coordonnées du professionnel qui reçoit la révélation, le contexte du dévoilement, les conditions de la rencontre, les termes précis employés par l'enfant ou le tiers, les comportements de l'enfant, voire toute autre pièce utile.

Le signalement est un document écrit établi après évaluation pluri-disciplinaire voire pluri-institutionnelle d'une information faisant état de la situation d'un enfant et de sa famille et préconisant des mesures afin de protéger l'enfant.

b) Aspects juridiques du signalement :

Entre secret professionnel et obligation de signaler :

- Notion de secret professionnel :

L'article 226-13 du code pénal définit juridiquement l'atteinte au secret professionnel. Il stipule que : *"la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende"*. Ce nouveau texte ne fait allusion à aucune profession en particulier, contrairement à l'ancien qui donnait une liste de professionnels tenus au secret, qui avait été enrichie par diverses jurisprudences.

Pour la notion “d’information à caractère secret”, il faut alors se référer par exemple à l’article L. 1110-4 de la loi du 04/03/02, “relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé” [65] : *“excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l’ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s’impose à tout professionnel de santé, ainsi qu’à tous les professionnels intervenant dans le système de santé”*, et au code de déontologie médicale (article 4) : *“le secret professionnel, institué dans l’intérêt des patients, s’impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l’exercice de sa profession, c’est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu’il a vu, entendu et compris”*.

L’article 226-14 du code pénal apporte une restriction à l’article 226-13, en stipulant que cet article *“n’est pas applicable dans le cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret”*. À savoir, que cet article n’est pas applicable *“à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu’il s’agit d’atteintes sexuelles dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ou à une personne qui n’est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique”*. La deuxième dérogation concerne un *“médecin qui, avec l’accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu’il a constatés dans l’exercice de sa profession et qui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises”*. La révélation dans ce cas ne fera pas l’objet de sanctions disciplinaires pour violation du secret professionnel.

L’article 80 du Code de la Famille et de l’Aide Sociale à l’Enfant précise que les articles de 226-13 et de 226-14 du code pénal s’appliquent à *“toute personne participant aux missions de service de l’aide sociale à l’enfance”* (à savoir aux psychologues, aux éducateurs, aux assistantes sociales, aux secrétaires , ...).

- Les obligations de révélation :

À l'inverse, l'obligation de révéler certains faits est définie dans les articles 434-1 et 434-3.

L'article 434-1 déclare que *“le fait, pour quiconque ayant connaissance d'un crime dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets, ou dont les auteurs sont susceptibles de commettre de nouveaux crimes qui pourraient être empêchés, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende”*.

De même, est indiqué dans l'article 434-3 *“le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende”*. Il est important de noter que dans le nouveau texte, le terme “sévice” est remplacé par “mauvais traitements et de privations”, ce qui élargit la donnée aux actes de négligence ou d'abstention, et donc élargit également le champ de l'obligation de révélation. Ceci intègre donc la notion de *“violences habituelles”* de l'article 222-14 du code pénal, qui évoque des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne pour les mineurs de quinze ans ou les personnes vulnérables. De même, la notion de “qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge” peut à priori être utilisée pour un mineur de plus de quinze ans, ce qui à nouveau permet aux professionnels d'apprécier les situations au cas par cas. A noter, qu'il n'est plus notion dans le nouveau texte d'une condition pour laquelle la poursuite pouvait être attentée, à savoir que l'information ne soit pas faite alors “qu'il était encore possible d'en prévenir ou d'en limiter les effets ou que l'on pouvait penser que les coupables ou l'un d'eux commettraient de nouveaux crimes qu'une *dénonciation pourrait prévenir*” (comme dans l'article 62, alinéa 2 de l'ancien code pénal). Ceci élargit donc encore les révélations [96].

Là encore, l'article (434-3) prévoit des exceptions : *“sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13”*. De même pour l'article 434-1, la loi prévoit des exceptions qui sont : *“sauf en ce qui concerne les crimes commis sur les mineurs de quinze ans”* les personnes en lien de parenté directe avec l'auteur ou le complice du crime (parents, frères, soeurs et leur conjoint) ou le conjoint (ou “la personne qui vit notoirement en situation maritale”) de l'auteur ou du complice, et *“les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13”*.

Il semble que la formule *“sauf lorsque la loi en dispose autrement”* corresponde en fait (selon la circulaire de la Chancellerie) à un rappel de la règle générale selon laquelle une loi spéciale peut toujours déroger d'une loi générale, à savoir que le législateur peut toujours prévoir que certaines catégories professionnelles, soumises au secret devront signaler des mauvais traitements aux autorités compétentes [96]. Par exemple, il en est ainsi des assistants sociaux, selon l'article L 166c du code de la Santé Publique, qui impose d'informer le médecin chef du service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de la circonscription si la santé d'un enfant de moins de 6 ans est compromise (de même, dans l'article 152 de ce même code pour le personnel des services de PMI). De même, pour les intervenants de l'Aide Sociale à l'Enfance, l'article 80 du code de la Famille et de l'Aide Sociale (avec ses différents alinéas) leur impose une obligation de signalement au président du conseil général. Le non-respect de cette obligation peut entraîner des sanctions disciplinaires, car l'article 226-13 du code pénal n'est pas applicable (conformément à l'alinéa 3 de l'article 80).

En résumé, le code pénal délivre de l'obligation de non révélation du secret, sans imposer la dénonciation aux personnes soumises au secret professionnel (qui ne seront pas alors poursuivies sur le plan judiciaire). La loi pénale renvoie donc actuellement à la conscience professionnelle.

Néanmoins, il existe un autre article (article 223-6) du code pénal qui définit que *“quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours”*. Le péril fait référence à la menace de l'intégrité physique et psychique de la personne. Il n'y a aucune exception à cet article. Le médecin peut donc être ici poursuivi pour non-assistance à personne en péril dans le cas où la victime reste exposée au danger. Toutefois, la jurisprudence considère en général l'imminence du péril comme critère pour définir la faute.

En conclusion :

Le nouveau code pénal met donc un terme à différentes questions que laissaient en suspens l'ancien code, en clarifiant les lois concernant d'un côté le secret professionnel et de l'autre l'obligation de révéler. Il élargit à la fois la liste des professionnels astreints au secret, tout en ouvrant le champ des obligations de révélation. La responsabilité pénale des professionnels est mieux définie, mais ceux-ci restent bien sûr pourtant assujettis au respect des principes généraux concernant la non-dénonciation de crime et la non-assistance à personne en danger.

Pour les médecins, l'obligation de protection donc d'information est ainsi définie. Elle impose différentes mesures, qui peuvent aller de l'hospitalisation en urgence, au signalement aux autorités administratives (le médecin chef de Protection Maternelle et Infantile, l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance, la conseillère technique du service social) ou aux autorités judiciaires (le procureur de la République).

Dans les cas de psychothérapie, la difficulté est plus grande en situation de dévoilement de mauvais traitement et plus précisément d'abus sexuels. La conduite à

tenir dépend bien évidemment de la situation, à savoir si l'abus sexuel est présent ou passé, avec notamment la possibilité de récidive et donc de la nécessité d'une protection immédiate, qui ne laisse aucun choix quant à la mise en place de mesure adéquate. L'appartenance à une équipe de soin permet plus facilement de différencier les mesures administratives et judiciaires de la prise en charge thérapeutique, et ainsi de préserver l'espace de la thérapie. Le maintien du secret demandé parfois par l'enfant impose certaines négociations, afin qu'il ne devienne pas lui aussi une transgression grave à la loi. La mise en sens des expériences vécues est indispensable pour l'évolution psychique de l'enfant, avec la place de ce tiers : la Loi.

M. Gabel [51] évoque la place des psychiatres par rapport à cette question et évoque la circulaire du 11/12/1992 "relatives aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents", à savoir "qu'une place particulière doit être faite au problème des mauvais traitements et des abus sexuels qui nécessitent dans tous les cas un travail interdisciplinaire et interinstitutionnel. A ce titre, il serait nécessaire que dans chaque département un certain nombre de professionnels des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile puissent être des référents, personnes ressources dont ont besoin les travailleurs sociaux et autres professionnels directement impliqués dans les actions de terrain".

II / SEXUALITÉ ET SÉDUCTION :

Dans la théorie psychanalytique (notamment freudienne), la question de la réalité ou non des abus sexuels, ainsi que leurs rôles éventuels dans le développement de la personnalité, a eu une place importante, et a fait l'objet d'évolution.

A/ LA THÉORIE DE LA SÉDUCTION ET SON ÉVOLUTION :

À la fin du XIX^{ème} siècle (1895 - 1897), Freud attribue au souvenir de scènes réelles de séduction entre enfant et adulte un rôle déterminant dans les psychonévroses, à partir de ses observations cliniques de patients adultes en thérapie. Ces pathologies sont l'expression symbolique des conflits infantiles. Ce sont la névrose de transfert, l'hystérie, les obsessions, la névrose d'angoisse, et les névroses dite narcissiques. Dans ces descriptions, deux temps se succèdent pour créer le traumatisme (deux temps séparés par la puberté). Le premier est celui de la séduction proprement dite, qui est sexuelle éventuellement pour l'adulte, mais "pré-sexuelle" pour l'enfant (à savoir qu'elle ne fait pas l'objet de refoulement dans l'inconscient). Le deuxième temps serait alors celui d'un nouvel élément, pas obligatoirement à caractère sexuel, qui par association évoque la scène de séduction antérieure, notamment au moment de la puberté, et qui confère au souvenir (et non pas à l'événement, ce qui donne déjà la notion de réalité psychique) sa valeur sexuelle (avec une montée d'excitation sexuelle qui laisse le moi désarmé, avec mise en jeu d'une défense pathologique). Cet afflux d'excitations est donc refoulé, et est à l'origine des psychonévroses, pour Freud à cette époque [69]. Il estime que ces patientes souffraient de "réminiscences" et propose la cure cathartique comme moyen de guérison qui surviendrait en même temps que la résurgence du souvenir oublié, refoulé.

Freud abandonne cette théorie en 1897, au moment de son auto-analyse et de sa correspondance à Fliess (dans la célèbre lettre du 21/09/1897, Freud écrit : "Je ne

crois plus à ma *neurotica*”) estimant alors que ses patientes lui faisaient en fait part de fantasmes de séduction, notamment à son égard, et qu’elles exprimaient ce qu’il voulait entendre. La découverte du fantasme apportera une nouvelle théorie de la cure psychanalytique, avec le passage d’une réflexion sur l’origine du traumatisme à la “question du sens” du matériel psychique envisagé dans la cure.

En 1914 (dans “Contribution à l’histoire du mouvement psychanalytique”), Freud écrit: “s’il est vrai que les hystériques ramènent leurs symptômes à des traumatismes fictifs, le fait nouveau est bien qu’ils fantasment de telles scènes ; il est donc nécessaire de tenir compte à côté de la réalité pratique, de la réalité psychique. Bientôt on découvrit que ces fantasmes inconscients servaient à dissimuler l’activité auto-érotique dans les premières années de l’enfance, à les embellir et à les porter à un niveau plus élevé. Alors, derrière ces fantasmes, apparut dans toute son ampleur la vie sexuelle de l’enfant”. Le complexe d’Œdipe est une des conséquences de l’universalité des fantasmes de séduction (définis comme un des fantasmes fondateurs de la vie mentale, les cinq fantasmes originaires définis par Freud étant : celui de séduction, celui de castration, celui de scène primitive, et de façon plus marginale, celui “d’être dans le corps maternel” et celui “d’une seconde naissance” [95]).

Bien que Freud abandonne la théorie de la séduction comme étant un élément central dans les psychonévroses, il reconnaît pendant toute son œuvre “l’existence, la fréquence et la valeur pathogène des scènes de séduction effectivement vécues par les enfants” [71]. Les scènes de séduction sont définies comme des “scènes réelles ou fantasmatisques où le sujet (généralement un enfant) subit passivement de la part d’un autre (le plus souvent un adulte), des avances ou des manœuvres sexuelles” [71].

Ferenczi redonne en 1933, dans “confusion de langue entre les adultes et l’enfant” [38], de l’importance à la théorie de la séduction et au traumatisme. Il écrit à propos d’échecs thérapeutiques ou de résultats incomplets concernant ses patients adultes : “le fait de ne pas approfondir suffisamment l’origine extérieure comportent un danger : celui d’avoir recours à des explications hâtives en invoquant la pré-

disposition et la constitution”. De même, en 1933, Sandor Ferenczi écrit : “même des enfants appartenant à des familles honorables et de traditions puritaines sont, plus souvent qu’on oserait le penser, des victimes de violences et de viols. Ce sont, soit les parents eux-mêmes qui cherchent un substitut à leurs insatisfactions, de cette façon pathologique, soit des personnes de confiance, membres de la même famille (oncle, tante, grands-parents), soit les précepteurs ou les personnels domestiques qui abusent de l’innocence ou de l’ignorance des enfants. L’objection, à savoir qu’il s’agissait des fantasmes de l’enfant lui-même, c’est-à-dire de mensonges hystériques, perd malheureusement de sa force, par suite du nombre considérable de patients, en analyse, qui avouent eux-mêmes des voies de fait sur des enfants” [38].

J. Laplanche propose une troisième perspective : la “théorie de la séduction généralisée” qui unie et hiérarchise la séduction infantile, la séduction précoce (dans les soins précoces entre l’enfant et sa mère) et la séduction originaire. Cette séduction originaire est définie par l’auteur comme “cette situation fondamentale où l’adulte propose à l’enfant des signifiants non verbaux, voire comportementaux, imprégnés de significations sexuelles inconscientes” (qualifiés de “signifiants énigmatiques”, qu’il faut pouvoir maîtrisés et symbolisés et qui laisseront une trace sous la forme “d’objets-source de la pulsion”, qui rendent compte de la liaison et déliaison entre pulsion de mort et pulsion de vie) ; elle correspond à un “plus de sens” caché (ressort de la séduction) [70].

Avec P-C. Racamier, il n’y a que “deux moteurs possibles : le sexuel et le narcissique” [86]. Ainsi P-C. Racamier (initialement à partir du travail avec les psychotiques), s’appuie sur la séduction narcissique (séduction mutuelle initialement entre la mère et le bébé) qui lorsqu’elle n’a pas de cesse, “combat le sexuel” (qui pousse à l’union, mais dans la différence), en évitant la séparation et en déniait la différence des sexes. Ce processus conduit à son terme à l’inceste, “ultime ressource de la séduction narcissique”, et se positionne en contraire de l’Œdipe. Le passage à l’acte incestueux n’est plus la réalisation des fantasmes œdipiens et devient “tout le contraire” [85]. P-C. Racamier définit alors l’Antœdipe, entre

narcissisme et inceste, qui est dans le “non-fantasme” (en dehors du champ œdipien qui est dans le fantasme) ; dans sa version néfaste, il devient l’incestuel .

S. Lebovici [72], à propos de cette question, précise que la prohibition de l’inceste étant une règle universelle et absolue, les pratiques incestueuses relèvent de la violence plutôt que de la séduction, rien ne pouvant “justifier” le besoin pathologique d’emprise que représente les abus sexuels. P-C. Racamier affirme ceci également sous l’expression : “quand la séduction a vraiment lieu [...] alors elle n’est pas de l’ordre du plaisir. Elle n’est plus que violence” [86].

B/ SEXUALITÉ :

1°) La sexualité infantile :

Pour Lebovici et Soulé [73], le besoin de savoir à propos de la sexualité et de l’énigme de la naissance apparaît très précocement chez l’enfant et est un des problèmes qui éveille son intelligence et qui modifie sa relation aux adultes. Les auteurs citent S. Freud, dans “trois essais sur la théorie de la sexualité” [46] : “l’enfant dans ses recherches sexuelles est toujours solitaire ; c’est pour lui un premier pas en vue de s’orienter dans le monde, il se sentira étranger aux personnes de son entourage qui jusque-là avait eu sa pleine confiance”.

Les fantaisies élaborées par les enfants autour de la sexualité représentent des compromis entre des éléments de la réalité et les fantasmes inconscients. Ces fantasmatisations précoces sont à l’origine des théories sexuelles infantiles de la naissance.

Cette curiosité sexuelle de la petite enfance amène les enfants à poser diverses questions à des adultes qui vont donner des réponses contradictoires et évasives. L’enfant percevrait très tôt la dimension de secret qui entoure la question

de la sexualité et, pour S. Lebovici et M. Soulé, “l’enfant éprouve alors le sentiment qu’il ne faut pas transgresser un interdit et qu’il faut dissimuler aux parents ce qu’on apprend d’une autre source sous peine d’un grand danger” [73]. Ainsi, ces découvertes et la valeur qui leur est accordée dépendent beaucoup de l’influence de l’entourage.

2°) La sexualité infantile confrontée à la sexualité adulte :

Ainsi, Ferenczi évoque une confusion de langue entre les adultes et l’enfant, en opposant le langage de la tendresse (pour la sexualité infantile) et celui de la passion (pour la sexualité adulte).

La sexualité infantile est définie par Freud, en 1908, comme “tout ce qui concerne les activités de la première enfance en quête de jouissances locales que tel ou tel organe est susceptible de procurer”. Ceci dépasse la génitalité et englobe l’ensemble des activités auto-érotiques de l’enfant. Ces comportements peuvent être considérés comme précurseurs de la sexualité adulte. Freud reconnaissant la signification sexuelle de ces comportements et faisant une similitude avec les pratiques perverses des patients adultes, qualifie l’enfant de “pervers polymorphe”, en référence aux pulsions partielles, en attente d’être organisées sous le primat du génital. D’après P. Sabourin, cette “perversion” généralisable à l’humanité serait potentielle et ne se développerait que sous l’effet d’une séduction habile.

Ferenczi, s’appuyant sur les travaux de Freud qui met en évidence que la capacité d’un amour objectal succède à un stade d’identification à l’objet, qualifie de “stade de la tendresse”, ce stade d’amour objectal passif ; il écrit (en 1933) : “des traces de l’amour d’objet peuvent apparaître mais seulement en tant que fantasme, de façon ludique. C’est ainsi que les enfants, presque tous sans exception, jouent avec l’idée de prendre la place du parent de même sexe pour devenir le conjoint du parent de sexe opposé [...]. Si, au moment de cette phase de tendresse, on impose

aux enfants plus d'amour ou un amour différent de celui qu'ils désirent, cela peut entraîner les mêmes conséquences pathogènes que la privation d'amour jusqu'ici invoquée".

Toute stimulation d'ordre sexuel qui dépasse les capacités d'élaboration mentale de l'enfant devient traumatisme, aussi bien par le caractère brutal et inadapté d'une expérience unique que par l'excitation entraînée par des expériences moins intenses mais répétées qui fragilisent le système défensif de l'enfant.

S. Ferenczi précise que dans l'érotisme de l'adulte, "le sentiment de culpabilité transforme l'objet d'amour en un objet de haine et d'affection, c'est-à-dire un objet ambivalent". Cette dualité n'existe pas au "stade de la tendresse" pour l'enfant, et cette haine, cette lutte de la sexualité adulte fait traumatisme pour l'enfant qui demeure au niveau des jeux sexuels préliminaires des satisfactions érotiques infantiles.

M. Lamour [69] précise que l'utilisation du même mot ("sexualité") donne une vision "adultomorphique" de la sexualité, laissant peu de place à la spécificité du fonctionnement de l'enfant. Ainsi, elle préfère utiliser le mot de "sensualité" pour définir la dimension d'excitations et de plaisir qui se rattache à cette sexualité infantile.

La sexualité adulte se différencie de cette sexualité infantile par le primat de la zone génitale, le choix d'un objet total et la possibilité de procréer [69].

III/ DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE À L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

A/ LA NÉVROSE TRAUMATIQUE :

1°) La notion de traumatisme :

La notion de traumatisme est d'abord celle du traumatisme somatique (lésions par plaies et contusions), utilisée en médecine et en chirurgie. "Trauma" vient du grec, et signifie "blessure", "pénétrer dans" ; "traumatisme" correspond plutôt à l'ensemble des conséquences sur l'organisme de la lésion traumatique. En neuropsychiatrie, la notion de traumatisme est double : celle de la lésion organique (lésion cérébrale dans la cas d'un traumatisme crânien par exemple) et celle qui qualifie sur le plan psychique un événement qui fait effraction dans l'organisation psychique du sujet (notamment causalité multiple dans le cas d'accident, d'agression, de combats, ...).

En psychanalyse, les notions de "choc violent", "d'effraction" et de "conséquences sur l'ensemble de l'organisation" sont reprises et transposées sur le plan psychique.

Le trauma ou le traumatisme psychique [71], selon les auteurs, correspond à un événement de vie du sujet particulièrement intense pour celui-ci et qui, par un afflux d'excitation non métabolisable, non élaborable, et donc menaçant l'intégrité du sujet, déborde ses capacités habituelles pour répondre de façon adéquate, entraînant par la même des effets pathogènes durables par débordement des capacités de liaison intrapsychique (avec notamment compulsion à répéter le traumatisme sous forme de rêves).

Trois hypothèses pathogéniques peuvent illustrer la notion de trauma. Selon la théorie freudienne, il s'agit d'un déséquilibre entre les forces issues de l'agression et les défenses du moi (vision économique libidinale). Pour P. Janet, le psychisme se trouve incapable d'organiser son système de défense avec la notion de dissociation

psychique. Sur un plan phénoménologique et lacanien, le trauma intervient comme un non-sens [29].

La notion de traumatisme inclut donc le ou les événements en eux-même, auxquels s'additionnent les circonstances spécifiques de l'histoire et de la vie du sujet. Il existe de même un continuum entre la situation où le traumatisme par sa nature et sa violence peut faire traumatisme à lui seul et la situation où la valeur traumatique de l'évènement correspond à une organisation psychique préexistante déjà marquée de ruptures.

Dans toute l'oeuvre de Freud, la référence au trauma est associée à un facteur quantitatif, dans une vision économique du concept.

Sur le plan théorique psychanalytique freudien (en 1890-1897), la névrose a une étiologie qui est rapportée à des expériences passées de traumatisme, que la cure analytique cherche à approfondir dans une démarche régrédiente. Le traumatisme est ici essentiellement sexuel et originellement prépubertaire.

La conception de Freud entre l'articulation du traumatisme et l'hystérie va ensuite être en perpétuelle évolution et devient plus complexe. L'évènement traumatique déclenche de la part du moi une défense pathologique, le refoulement, au lieu des défenses normales (détournement de l'attention, par exemple) pour lutter contre un événement difficile. Comme décrit ci-dessus, le traumatisme est alors défini par plusieurs éléments, un événement de séduction sexuelle dans l'enfance par un adulte (qui ne déclenche pas d'excitation sexuelle). C'est dans l'après-coup, qu'un deuxième élément éventuellement anodin, après la puberté, va donner un sens à cet événement par différentes associations intrapsychiques et dans la mesure où elle provoque un afflux d'excitations pulsionnelles.

Par la suite, la conception étiologique du traumatisme s'estompe dans la théorisation freudienne pour faire place à la vie fantasmatique. Le point de vue traumatique s'intègre avec les autres facteurs que sont l'histoire infantile et la constitution, relativisant la théorie traumatique de la névrose. La référence au traumatisme dans le cas de l'hystérie ne se fera plus dans une perspective étiologique, mais Freud n'abandonne pas pour autant son intérêt pour le trauma et ses effets désorganisateur sur l'appareil psychique.

Le concept des névroses traumatiques est réactualisé sous la forme des névroses de guerre (en 1920). Freud, dans "Au-delà du principe du plaisir" redonne une définition du traumatisme, d'un point de vue économique, avec émergence à la suite du traumatisme d'un afflux d'excitations qui dépasse le "principe du plaisir", imposant à l'appareil psychique une adaptation inadéquate pour éliminer en différé la charge pulsionnelle et ce notamment par la compulsion de répétition.

Dans la théorie de l'angoisse (en 1926) et la deuxième topique, le traumatisme, indépendamment de la névrose traumatique, vient reprendre une place centrale [48]. Le moi se protège d'un débordement d'excitations entraîné par le traumatisme, en déclenchant un signal d'angoisse (forme d'angoisse qui a pour fonction de préparer l'appareil psychique à un danger externe en investissant la fonction de pare-excitation), qui met en parallèle les excitations pulsionnelles (du dedans) et le traumatisme (externe). Ceci se dégage de la notion d'angoisse automatique qui est ressentie en réaction au trauma. A défaut de ce signal d'angoisse, représentant un investissement préparatoire du moi, le pare-excitation ne peut remplir sa fonction, l'appareil psychique est débordé et un état de détresse est ressenti, signe de l'impuissance du sujet qui fait revivre la situation du nourrisson et du jeune enfant. Ceci implique que le trauma soit intériorisé afin que le moi le reconnaisse comme significatif. Dans une nouvelle situation de danger, l'angoisse est reproduite comme un signal ; le moi qui a vécu déjà le trauma de façon passive, le répète activement dans la tentative de pouvoir le maîtriser. Quand les capacités de liaison sont débordées, l'angoisse signal est inopérante et l'effroi est ressenti [18].

2°) La névrose traumatique :

La névrose traumatique est définie en 1889 par H. Oppenheim, par les séquelles psychologiques dans les suites des accidents de chemin de fer, reprise ensuite par P. Janet, puis par S. Freud [45].

Freud définit schématiquement trois types de névroses : les névroses

traumatiques avec une étiologie qui vient du dehors et qui s'exprime par un syndrome de répétition, les névroses actuelles reposant sur un conflit intrapsychique présent et non pas sur des conflits infantiles (névrose d'angoisse, neurasthénie, et plus tard l'hypochondrie), les psychonévroses avec perpétuation d'un conflit intrapsychique ancien et réactualisé dans un comportement névrotique s'appuyant sur divers mécanismes de défense qui sont l'expression symbolique des conflits infantiles (les névroses de transfert : hystérie d'angoisse, hystérie de conversion, névrose obsessionnelle, et les névroses narcissiques).

En référence à Freud qui évoque le concept de “série complémentaire” à l'origine de la névrose (se détachant ainsi de la notion de facteurs endogènes et exogènes), il faut considérer la prédisposition et le traumatisme, c'est-à-dire l'addition des faits psychiques aux faits réels, les faits du passé à ceux du présent. Le traumatisme devient relatif et fonction du sujet. Dans cette perspective, un événement extérieur peut venir se confronter, voire réaliser un désir refoulé ou un fantasme inconscient. Freud distingue une première série de facteurs que sont la constitution sexuelle du sujet et le vécu infantile, puis une deuxième série de facteurs qui en découlent, à savoir des fixations de libido (la fixation au traumatisme se manifestant par une régression à des contenus fantasmatiques inconscients mobiles), secondairement associés à des expériences traumatiques post-pubertaires et de la vie adulte. Le poids de ces facteurs permet d'expliquer le développement d'une névrose traumatique [18]. Cette vision psychanalytique de la névrose traumatique conteste un déterminisme unique dû au traumatisme et introduit la notion de relativité par rapport au sujet et à son histoire particulière. La notion de névrose traumatique pourrait alors se comprendre dans un continuum avec les psychonévroses, avec la particularité que le traumatisme par sa nature, son intensité dominerait le tableau clinique de façon plus spécifique par le déclenchement et les symptômes. Freud écrit : “le tableau symptomatique de la névrose traumatique se rapproche à celui de l'hystérie par sa richesse en symptômes moteurs similaires mais en règle générale il le dépasse par ses signes très prononcés de souffrance subjective [...] et par les marques d'un affaiblissement et d'une perturbation bien plus généralisées des fonctions psychiques”. Dans ses écrits, il évoque les

passages possibles entre névroses traumatiques et névroses de transfert.

De même, certaines personnes semblent inconsciemment rechercher des situations traumatisantes, ce qui pour O. Fenichel pourrait avoir valeur de répétition d'un traumatisme infantile dans le but de l'abréagir, afin de diminuer une tension interne intolérable, mais cette tentative ne ferait que perpétuer le traumatisme ; il évoque alors l'association possible entre névroses traumatiques et psychonévroses.

En 1920 (dans "Au-delà du principe du plaisir"), S. Freud développe le concept de "la compulsion à la répétition", qui est décrit comme une qualité première de la pulsion, d'origine inconsciente. En 1926 dans "Inhibition, symptômes et angoisse", il précise que lorsqu'un sujet est confronté à un nouvel événement traumatique, des "précipités" d'expériences premières de traumatisme intégrés à la psyché sont répétés dans un passage du passif à l'actif pour chercher à permettre au moi de maîtriser le trauma. Cette répétition ne permet pas pourtant toujours de lier efficacement le trauma et cette déliaison a un rôle dans le maintien d'une névrose traumatique.

La notion de liaison reste centrale. C'est bien la quantité trop importante d'excitations provenant du danger extérieur qui cause un débordement de la fonction de pare-excitation de l'appareil psychique qui ne peut plus lier ces surcharges d'excitations, et oriente les énergies de l'appareil psychique vers des mesures de défense. L'appareil psychique est attaqué à la fois par les pulsions internes et par les facteurs traumatiques externes.

A la suite des deux guerres mondiales de 1914-1918 et 1939-1945, de nombreux écrits travaillent sur le sujet des névroses de guerre.

La névrose traumatique est définie par l'apparition de symptômes consécutivement à un choc émotif "généralement lié à une situation où le sujet a senti sa vie menacée" [71]. En aigu, elle se caractérise par une symptomatologie anxieuse. Après souvent un intervalle libre, soit le traumatisme révèle une structure

névrotique préexistante, soit le traumatisme est déterminant dans le contenu du symptôme (fixation au traumatisme) et est une tentative répétée pour faire lien et abrégier le trauma. Ce dernier tableau correspond plus précisément à la notion de névrose traumatique en psychanalyse.

L. Crocq [28] en fait une analyse sémiologique tripartite, avec des symptômes spécifiques, des symptômes non spécifiques et une réorganisation de la personnalité.

B/ ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :

1°) Évolution du concept :

Le concept d'état de stress post-traumatique est défini en 1980, dans le DSM-III (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), sous le terme américain de "Post-Traumatic Stress Disorder" (PTSD) (traduit sous le terme français "d'état de stress post-traumatique"), avec sa forme aiguë et sa forme chronique ou différée. L'élaboration de ce concept semble influencée par d'importants syndromes psycho-traumatiques de guerre d'anciens combattants de la guerre du Viêtnam. Le DSM se veut athéorique et cherche à se dégager du concept des névroses traumatiques en introduisant le concept de stress, ce qui pour L. Crocq est changer d'un a priori théorique pour un autre [29].

En 1987, dans le DSM-III R, cette entité est conservée sous la rubrique 309.81 pour la forme chronique et différée, avec disparition de la forme clinique aiguë, puisque le diagnostic nécessitait une durée minimale des symptômes d'un mois. En 1994, le DSM-IV [6] réintroduit l'"Acute stress disorder" sous la rubrique 308.3, et le "Post Traumatic Stress Disorder" répertorié en 309.81.

Ces éléments existent sous trois rubriques dans la CIM-10 (la dixième révision de la Classification Internationale des Maladies, parue en Anglais en 1992 et en français en 1993) : "réaction aiguë à un facteur de stress" en F43.0, "état de stress

post-traumatique” en F43.1 et “modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe” en F62.0 [20].

Le stress peut être défini comme “la réaction biologique, physiologique et psychologique d’alarme, de mobilisation et de défense de l’individu face à une agression ou à une menace” [29]. C’est une réaction adaptative positive dans le cas de stress adapté, qui permet une stimulation de certaines capacités de l’individu, à côté d’effets physiologiques mobilisateurs, mais aussi de symptômes gênants et d’une dépense d’énergie. Des stress trop intenses, trop prolongés ou trop répétés conduisent à des réactions de stress dépassé, inadaptées, que sont : la sidération, l’agitation, la fuite panique, la réaction d’automatisme (exécution automatique de gestes effectués sans avoir été consciemment décidés et sans but, ayant une valeur occupationnelle pour se dégager de l’angoisse), retrouvées dans les critères B du diagnostic de stress aigu du DSM-IV (incluant en fait les troubles dissociatifs). L. Crocq précise que cet état de stress ne peut être que aigu et que les manifestations tardives appartiennent à la morbidité psychotraumatique, et non pas au stress. Il existe donc des situations de stress adapté et de stress dépassé avec ou sans trauma.

2°) Les classifications actuelles [6 ; 20 ; 24 ; 29] :

L’ensemble des critères cliniques et diagnostiques sont répertoriés en annexe, pour :

- le trouble “État de Stress aigu” du 308.3 du DSMIV. Il correspond au F43.0 de la CIM10 (trouble transitoire sévère de réaction immédiate ou différée de quelques minutes et disparaissant en quelques heures ou quelques jours).
- le trouble “État de Stress post-traumatique” du 309.81 du DSMIV, avec le critère A (correspondant à l’évènement menaçant, vécu sur un mode traumatique), le critère B

(qui porte sur le syndrome de répétition), le critère C (qui correspond aux modifications post-traumatiques de la personnalité, “évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale”, le critère D (différents symptômes cliniques traduisant une activation neurovégétative), le critère E (impose une durée des symptômes de plus d’un mois), le critère F (évoque les répercussions sur d’autres activités du sujet). Il correspond au F43.1 de la CIM10, qui y inclut la “névrose traumatique” ; son délai d’apparition varie de quelques semaines à six mois et évolue le plus souvent vers la “guérison”, sinon on parle de modification durable de la personnalité (F62.0).

3°) Application de ces concepts aux enfants :

La notion d’atteinte possible des enfants est introduite dès le DSM-III-R et explicite dans le DSM-IV.

M. Henin, dans son article sur l’actualité des psychotraumatismes des enfants [63] définit trois types de situations. L’évènement traumatique est de nature libidinale, avec confrontation de la réalité à un fantasme et notion de traumatisme au moment de la puberté dans l’après-coup ; ceci correspond au traumatisme sexuel freudien classique. La deuxième situation est celle de l’évènement traumatique par confrontation à la mort imminente de soi ou d’un autre, ce qui suppose chez l’enfant une appréhension de la mort qui dépend de son âge ; et implique qu’un élément mortifère pour l’adulte ne l’est pas forcément pour l’enfant. La troisième situation est représentée par un événement traumatique mixte, à la fois avec une “composante libidinale” et une “composante mortifère asymbolique”, ici domine la perte d’objet ou de l’estime de soi. Pour cet auteur, les viols et les abus sexuels avec violence à l’égard des enfants correspondent à cette situation dans la mesure où la représentation impossible de l’agression est la composante mortifère du traumatisme et “la perte de Soi comme objet d’estime et de sa propre libido s’avère particulièrement délétère car le problème du deuil passe ici de la libido d’Objet à la

libido du Moi”.

S'appuyant sur les travaux de L.Terr [98], M.Henin distingue deux catégories de troubles psychotraumatiques : le traumatisme de type I qui correspond à un traumatisme soudain et inattendu, correspondant au PTSD, et le traumatisme de type II qui correspond à une exposition prolongée ou répétée, dans la cas de maltraitances graves, d'abus sexuels répétés, mais aussi de guerre, de tortures, ...

Cependant, les auteurs précisent que ces tableaux ne sont pas exclusifs et que notamment un traumatisme sexuel même unique entraîne plus souvent un tableau de type II, avec déni massif du traumatisme, refoulement de pans entiers de souvenirs infantiles, éventuellement dissociation psychique, anesthésie affective et émotionnelle et identification à l'agresseur.

ASPECTS CLINIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

I/ ASPECTS CLINIQUES :

A/ LA SYMPTOMATOLOGIE:

Les symptômes sont non spécifiques, mais peuvent alerter le thérapeute ou les différents intervenants auprès de l'enfant et de l'adolescent, notamment en cas d'apparition brutale ou de modification des comportements.

Ces symptômes et comportements manifestes ont valeur seulement de langage, le plus souvent non verbal, en lieu et place d'une souffrance psychologique qui va pouvoir se réfléchir dans une dynamique psychopathologique commune.

De façon probablement artificielle, on peut être amené à définir différents types de situation.

1°) Situation de crise aiguë, en cas d'acte isolé ou d'un traumatisme récent, chez un petit enfant :

Dans ces situations, l'enfant vient d'être agressé par un inconnu ou un adulte avec qui l'enfant était en confiance ; le traumatisme est éventuellement connu et identifié.

Il s'agit dans ce cas d'un traumatisme aigu où (selon Freud) " le Moi est submergé par une excitation en excès qui déborde ses défenses, il y a effroi et incompréhension de la situation". Cette situation correspond à un tableau clinique où prédominent l'effraction et l'intrusion et correspond à des éléments, voire à la description clinique de l'état de stress post-traumatique (ou PTSD). La réponse au "stress" peut se faire de diverses façons.

Les réactions immédiates [63] sont des signes de peur, accompagnée de signes neuro-végétatifs (par stimulation du système adrénergique), l'agitation ou la

désorganisation du comportement avec agressivité ou à l'inverse inhibition voire stupeur, des épisodes anxieux aigus (type attaque de panique) ou des manifestations d'anxiété à la séparation, des états dissociatifs (hystériques), des comportements d'hypervigilance (centrés sur des pensées obsédantes du traumatisme). On peut également observer des manifestations régressives (énurésie secondaire, succion du pouce, ...), des somatisations diverses (douleurs abdominales, céphalées, ...) ou des affections somatiques aiguës (urticaire, ulcère, ...), des troubles du sommeil, ...

Le changement de comportement de l'enfant est dans ce cas brutal et amène alors le plus souvent à une consultation rapide.

De plus, il peut y avoir des lésions physiques génitales, voire toute autre atteinte corporelle (blessures, tentative de strangulation, ...) qui conduisent à une hospitalisation en urgence. Parfois, la douleur des lésions physiques entraîne (ce qui est décrit par Freud comme) un "surinvestissement narcissique de l'organe atteint", et les soins physiques aident partiellement et en apparence à maîtriser le traumatisme.

Le risque est alors la suspension du suivi, éventuellement par les parents, malgré des conseils contraires, pensant à tort que "l'enfant oubliera", et cherchant aussi probablement eux-mêmes à se défendre du traumatisme, qui est source d'effroi et de sidération.

Dans le cas contraire, les symptômes peuvent s'organiser de façons diverses sous forme d'une terreur importante, ou à l'inverse d'une régression, de manifestations psychosomatiques, ou de troubles du comportement qui compromettent l'adaptation familiale, scolaire et sociale de l'enfant, en se fixant en des conflits qui perdurent.

Ces symptômes peuvent s'organiser en un syndrome psycho-traumatique secondaire ou syndrome post-traumatique, le plus souvent en continuité avec les manifestations immédiates (et post-immédiates). Ce tableau n'a pourtant rien de spécifique aux abus sexuels, et il est rare que l'ensemble du tableau clinique se retrouve chez l'enfant dans ces situations, et notamment dans ces situations d'abus

unique. On retrouve alors : le syndrome de répétition, qui en est un élément caractéristique, avec une mise en acte et en jeu du traumatisme, des dessins répétitifs de ce même traumatisme ; des souvenirs répétitifs et intrusifs ou des accès fortement sensorialisés de reviviscence traumatique (en lien avec des événements extérieurs) sous forme de cauchemars, voire sous forme quasi-hallucinatoire ; une perte de confiance (perte du sentiment d'invulnérabilité et de la confiance en l'adulte), qui s'accompagne d'un état d'hyperéveil anxieux ; des pseudo-phobies, dont l'objet est relié à l'agresseur ou à la situation, avec des comportements d'évitement. Il peut se surajouter à ces quatre signes cardinaux, des symptômes anxieux, dépressifs, régressifs, de conversion hystérique, des troubles psychosomatiques, ...

2°) Cas de relations incestueuses chez les jeunes enfants :

Le système familial a permis dès le plus jeune âge, des relations de grande proximité voire des relations érotisées, jusqu'aux contacts génitaux. Après la première phase de "jeu" et de séduction réciproque, suit la menace. Les "jeux" secrets durent pendant plusieurs années jusqu'à devenir des relations contraignantes.

On observe trois signes cliniques considérées comme constants, à savoir une perte de l'estime de soi, la dévalorisation de sa propre image, l'anxiété.

Symboliquement, les symptômes représentent la mise en acte, au niveau du corps et des comportements par l'inter-relation psyché-soma, du traumatisme subi et de ce que l'enfant a fantasmé. Différentes réactions somatiques correspondent à ce vécu d'effraction du corps et au fait que des sensations nouvelles ont été éveillées et non intégrées par l'enfant.

Les symptômes sont variés et encore une fois non spécifiques. Ils peuvent toucher toutes les sphères d'activité. Certains éléments cliniques complètent les tableaux décrits précédemment.

Ainsi, les plaintes somatiques paraissent quasi constantes et peuvent être des sensations de malaise diffus, des impressions de transformation ou de modification du corps, ou la persistance de sensations diverses. On retrouve des douleurs variées, notamment des douleurs abdominales aiguës ou à répétition sans substrat organique (que l'on retrouve à tout âge). Il peut s'agir de crise d'étouffement, d'évanouissements.

On observe aussi des cas d'énurésie et d'encoprésie (notamment chez de très jeunes enfants et plus particulièrement dans le cas de pénétration anale).

Chez le jeune enfant, des troubles des conduites alimentaires représentent initialement des phénomènes de rejet et de compensation. Par la suite, ces symptômes pourront s'organiser en anorexie, et/ou en boulimie, avec toute la dimension de refus de la féminité et de destruction du corps.

Des phobies soudaines peuvent apparaître avec des demandes permanentes de réassurance. Le sentiment de souillure du corps, de dégoût de soi, peut être à l'origine de rites de lavage jusqu'à des dermatoses induites .

Les troubles du sommeil sont quasiment constants et peuvent correspondre à la peur de perdre la vigilance, la peur d'aller au lit, à des angoisses nocturnes et des cauchemars.

On observe également, au moins temporairement, des atteintes des fonctions intellectuelles et créatrices, avec altération des niveaux d'activité, à type notamment de désinvestissement scolaire, de repli social ou à l'inverse d'enfant perturbateur, avec une grande irritabilité, des manifestations agressives excessives et un syndrome d'hyperactivité éventuellement. Les jeux sont plus pauvres, voire l'enfant ne joue plus.

Les dessins d'enfants (plutôt chez les enfants de cinq à dix ans), ayant subi des traumatismes notamment d'ordre sexuel, sont souvent stéréotypés, avec notamment un intérêt exagéré pour les parties génitales des animaux ou des personnes.

3°) À l'adolescence : agression sexuelle extrafamiliale :

Il s'agit souvent d'une consultation en urgence, dans les suites d'une agression avec plainte immédiate.

Il faut pourtant noter que de nombreuses situations sont non connues, et pourront être révélées quelques années plus tard lors d'une décompensation sous des formes diverses.

Pour les réactions immédiates et à court terme, on observe comme après différents traumatismes, une situation de choc avec une sidération, une inhibition accompagnée d'une peur intense, notamment la peur d'avoir pu mourir.

Au décours des semaines et des mois suivant le traumatisme, les symptômes peuvent être variés et ne sont pas non plus spécifiques.

On retrouve des réactions phobiques persistantes, une symptomatologie anxieuse, des somatisations diverses. Là aussi, les troubles du sommeil sont majeurs avec des cauchemars, des "flash-back", ... (comme dans le PTSD).

Les symptômes peuvent s'organiser sous la forme d'un épisode dépressif majeur, ou de troubles des conduites alimentaires avec des difficultés autour de l'image corporelle. On retrouve également des difficultés d'ordre sexuel, et des modifications dans les habitudes et les modes de vie, avec un appauvrissement des relations sociales.

4°) Les situations incestueuses reconnues à l'adolescence :

Il peut s'agir d'une histoire incestueuse reconnue au décours d'une agression sexuelle nouvelle et actuelle, ou le dévoilement d'une situation chronique. La plupart du temps, la situation incestueuse n'est plus active soit parce qu'elle est plus

ancienne, soit du fait d'un démantèlement familial.

Les abus sexuels sont souvent associés à des violences sous diverses formes.

Les symptômes seront le plus souvent plus bruyants que chez les enfants.

On observe des troubles du comportement et des conduites à type de fugue, de tentative de suicide, souvent à répétition. Ces comportements, qui masquent mal un profond malaise, s'apparentent parfois à des conduites d'auto-sabotage, avec des comportements pseudo-délinquants, caractérielles, des conduites antisociales, ...

Les troubles des conduites alimentaires sont le plus souvent graves avec des symptômes physiques importants. Les consommations de toxiques sont considérées au moins initialement comme une auto-médication devant la symptomatologie anxieuse et la résurgence d'affects liés aux traumatismes, puis peuvent s'organiser en troubles addictifs.

La symptomatologie anxieuse peut être là aussi majeure, éventuellement associée à diverses phobies. On retrouve également d'authentiques épisodes dépressifs le plus souvent associés aux troubles anxieux, et probablement plus souvent des dépressions narcissiques et des manifestations hystériques.

Les symptômes douloureux, notamment des douleurs abdominales aiguës, sont plus particulièrement présents à cet âge. De même, on observe des somatisations diverses.

Chez la jeune fille pubère, il peut s'agir d'une aménorrhée secondaire, qui peut permettre d'évoquer le diagnostic, même en dehors d'un tableau d'anorexie mentale.

Des troubles de la sexualité sont retrouvés, avec notamment, chez des adolescents garçons victimes d'abus sexuels, mais aussi chez des jeunes filles, des agressions sexuelles d'autres enfants.

Chez les jeunes filles, ce sera plus fréquemment, la répétition éventuelle de ce qui a été subi, par l'incapacité à se protéger, éventuellement dans le cadre de

comportements inadaptés et érotisés.

Plus fréquemment, on retrouve des consultations de garçons exprimant la peur d'être homosexuel, et des consultations pour frigidité d'une jeune fille qui évoque un décalage entre ses désirs et sa capacité à accepter le plaisir.

A noter, des cas très difficiles de prostitution d'adolescents, éventuellement associée à la toxicomanie et à des conduites délinquantes. Pour M. Rouyer [50 ; 79-91], par la prostitution, l'adolescent "méprise le partenaire" et "s'avilit et se détruit", la relation incestueuse serait alors devenue aconflictuelle. L'absence de symptôme et de culpabilité est un signe de gravité.

Le problème particulier de la grossesse, dans toutes les situations d'abus sexuels de jeunes filles pubères, est également à citer ici.

Les troubles et les différents symptômes sont amplifiés par l'environnement familial perturbé et désorganisé (dont la situation est parfois déstabilisée notamment par l'incarcération de l'auteur des faits).

Les différents symptômes peuvent s'organiser secondairement empruntant des traits de personnalité de type dépendante, narcissique, borderline, antisociale, sans pouvoir créer de lien linéaire de type cause à effets.

B/ LE DIAGNOSTIC :

1°) Éléments généraux :

La recherche du diagnostic pose une difficulté particulière, car il intéresse deux domaines très différents : celui des médecins et du système de soins et celui des magistrats et de la justice.

Le médecin doit respecter le secret professionnel, ayant pour autant en tête

les différentes situations qui lui imposent ou l'autorisent à faire un signalement.

À côté de sa fonction de thérapeute, il peut être nommé comme expert, en tant que médecin (pédiatre, gynécologue) ou en tant que psychiatre.

Dans toutes les situations, il aura un rôle important, par son examen clinique somatique ou psychologique, dans l'arbre décisionnel.

La notion de danger pour l'enfant est à évaluer afin d'agir de façon appropriée. Il est important pourtant de respecter l'enfant et sa famille quelles que soient la réalité et la violence de celle-ci. Pour D. Gauthier [54], "le bonheur de l'enfant se situe en priorité dans une famille jamais parfaite, mais capable de l'aimer".

Le respect de l'enfant impose d'être capable de le soutenir tout au long de la prise en charge dès la suspicion, de le protéger tout en respectant autant que faire se peut son cadre de vie.

De même, il faut éviter de le soumettre à des examens répétés, en enregistrant l'examen psychologique en cas d'expertise, et en cas d'examen somatique nécessaire (éventuellement sur réquisition) de le faire le plus complet et fiable pour ne pas avoir besoin de le refaire et pour qu'il puisse avoir une valeur expertale (il doit donc être effectué par des médecins qualifiés). Les éléments recueillis doivent être consignés avec soins.

L'ensemble des investigations nécessaires pour le diagnostic devra se faire si possible sur un lieu unique au cours d'une prise en charge multidisciplinaire, avec une concertation permanente des différents intervenants.

Une autre condition à respecter pour les auteurs [54], est la rapidité des processus de vérifications de l'allégation et de la connaissance des faits, concernant l'enfant et son environnement.

L'hospitalisation permet dans certains cas de faire les démarches médicales dans de bonnes conditions, tout en protégeant l'enfant ou l'adolescent, quand un doute existe sur une situation de danger. Elle peut ainsi permettre un diagnostic précis tout en respectant dans un premier temps le secret médical.

2°) L'examen psychologique :

Il permet une écoute, l'observation de l'enfant et la recherche de signes cliniques éventuels, tout en cherchant à ne pas être suggestible.

Lors de l'entretien, on cherche à utiliser les mots de l'enfant.

Chez les tout-petits, et il est intéressant de s'aider de jeu de petites poupées pour permettre à l'enfant de se projeter et de rejouer des scènes relationnelles.

Pour les enfants d'âge scolaire, le dessin est souvent utilisé. Ces dessins doivent être analysés par des personnes spécialisées et sont variables selon la personnalité de l'enfant. Le dessin du "bonhomme" est souvent intéressant, comme lieu de projection corporel. Néanmoins, il est important de ne pas prendre les fantasmes sexuels d'un enfant œdipien, exprimés dans le dessin ou le jeu, pour des réalités objectives de scènes de séduction ou d'abus sexuels. D'une façon générale, plus les fantasmes sont imaginatifs, riches, s'inscrivant dans des scénarios et des mises en scène, moins ils semblent inquiétants. Ceux-ci se différencient des préoccupations sexuelles crues, abruptes, sans construction imaginaire, sans dimension de jeu ou de plaisir [63].

L'entretien permet d'évaluer le cadre de vie, l'histoire et les habitudes de chacun des membres de la famille. On cherche également à évaluer les facteurs de risque de maltraitance et/ou d'abus sexuels.

La scolarité, les centres d'intérêt, les loisirs sont explorés, afin de rechercher des ruptures, des changements de comportement.

Les signes cliniques sus-cités peuvent être évocateurs.

Lors des différentes consultations des enfants petits et notamment celles en présence de la famille, on peut également observer des perturbations relationnelles qui rendent vigilants. Ce peut être une anxiété importante sans cause apparente en

présence d'un des parents, qui diminue quand l'enfant est vu seul, une attitude hyperprotectrice du ou des parents, la préférence de l'enfant à trouver du réconfort auprès des soignants plutôt qu'auprès de ses parents.

Un intérêt particulier est à porter au "matériel projectif" qui a pu être produit spontanément par l'enfant avant même les différentes investigations (dessins, récits éventuels de jeux symboliques, élément d'anamnèse de l'entourage, ...).

Pour conclure, le diagnostic sera donc évoqué par plusieurs intervenants dont les arguments convergent.

3°) À propos de la véracité des propos en cas de révélation par l'enfant et l'adolescent lui-même :

J.Y. Hayez [62] cite, en s'appuyant sur la littérature et la clinique, qu'il y aurait au maximum entre 3 et 8% de fausses allégations soit par mensonges soit par fabulations, totaux ou par amplification des faits. L'auteur précise que ces chiffres s'accroissent considérablement dans le cas de "révélation" par un parent dans les situations litigieuses de séparation (avançant des chiffres allant jusqu'à 50%).

Parmi ces situations, il en existe certaines qui correspondent néanmoins à des actes paraissant anodins, mais dont la "signification dramatisée" peut être un signal d'alerte, quant à une situation à risque, ou quant à une situation passée d'abus (par un agresseur éventuellement différent de celui mentionné).

a) Dans le cas d'un enfant :

L'enfant peut révéler les faits avec l'intention de révéler ou de façon fortuite (notamment dans le cas des petits, qui reproduisent des "jeux" appris ou font des confidences pendant les soins, ...).

L'analyse du discours de l'enfant est primordiale pour le diagnostic, d'autant

plus que l'examen clinique physique est dans plus de 50% des cas totalement négatif (attouchements, ...), et dans la majorité des autres situations, les signes physiques ne seront que des indicateurs de suspicion. Les entretiens diagnostiques doivent être les plus précis possible, afin d'éviter différents écueils. En effet, la répétition des "interrogatoires" risque, à côté de l'élément traumatisant, d'amener l'enfant à changer son discours pour "plaire" à l'adulte ou parce qu'il ne se sent pas cru. De même, l'intervenant doit être attentif à poser des questions neutres, les moins suggestibles possible, surtout avec les enfants très petits, avec le risque en cas contraire de voir l'enfant modifier sa version des faits et rendre son discours faussement malléable, ce qui est préjudiciable à la vérité.

La fiabilité des révélations est perçue par le maintien dans la durée de la version des faits, sans complications, ni ajouts excessifs et permanents de nouveaux éléments selon les entretiens ou les intervenants. Le discours peut être hésitant, voire confus et suivi de rétractions éventuellement. La terminologie est adaptée à l'âge de l'enfant. L'enfant présente des signes cliniques sus-décrits, et la révélation est habituellement vécue avec des affects douloureux et une symptomatologie anxieuse, avec des émotions négatives en lien avec certains détails. Il peut être réticent à parler des abus en présence de sa mère ou d'autres intervenants, et en cas d'abus intrafamiliaux, il est rare que l'enfant émette son allégation en présence du père, même en présence de la mère (qui aura plus souvent un comportement et des propos dépressifs lors de l'audition).

A l'inverse, des éléments de doute peuvent nécessiter des investigations plus poussées, notamment dans un contexte familial tendu avec des disputes sur les droits de garde de l'enfant, des troubles psychiatriques graves chez le parent qui soutient l'enfant et fait une allégation, une participation "passionnelle" à la révélation d'intervenants extérieurs à la famille. De même, des perturbations psychiatriques graves chez l'enfant, sans rapport évident avec les tableaux cliniques décrits ci-dessus, éventuellement avec des idées délirantes, ainsi qu'une organisation psychopathique de la personnalité (ayant déjà conduit à des actes de toute-puissance ou haineux et destructeurs), ou d'une tendance répétitive à exprimer

des fabulations ayant déjà eu par le passé des contenus accusateurs pour autrui, peuvent amener à la prudence et à une expertise plus approfondie.

Des éléments évocateurs dans le discours de l'enfant, en dehors d'une pathologie psychiatrique avérée, peuvent être une révélation paraissant facile, précise, non perturbée par des émotions et de l'anxiété, avec un vocabulaire de type adulte. L'enfant dans les cas litigieux entre ses parents, peut parler d'un abus dès qu'il y est invité par sa mère, voire même reproduire l'allégation quant il est confronté à son père, en présence de sa mère. De même, la mère peut participer de façon quérulente aux propos de son enfant.

b) Dans le cas d'un adolescent victime de violences sexuelles :

Contrairement aux enfants, où le problème des abus sexuels est actuellement bien reconnu et est le sujet de prévention et d'une approche pluridisciplinaire bien organisée dans bon nombre de centres hospitaliers, les violences à caractère sexuel à l'encontre des adolescents sont bien que réelles moins connues.

L'adolescent reste encore souvent considéré comme "une source potentielle de danger pour l'ordre familial ou social" [5].

En effet, l'adolescent à la frontière entre l'enfant et l'adulte, avec son corps sexué, évoque moins facilement l'innocence et la naïveté. Sous le prétexte d'une apparente maturité, on peut être amené à lui prêter certaines intentions qu'il n'a pas, et notamment lorsque la sexualité est en jeu. De fait, les violences sexuelles à l'égard des adolescents sont le plus souvent sous-estimées, alors même que la moitié des femmes violées le seraient à l'adolescence.

En fait, la question de la véracité des propos de l'adolescent qui se dit victime ne se pose pas réellement. Des fausses allégations, issues de patientes (le plus souvent) mythomanes, sont très rares en comparaison des situations réelles. Elles sont le plus souvent assez facilement identifiées, devant des récits multiples et changeants avec notamment l'absence d'une préservation du secret et une

reformulation spontanée à différentes personnes [4]. Toutefois, il est intéressant d'analyser ces situations paraissant affabulées ou exagérées. Dans de nombreux cas en effet, une situation actuelle perçue comme traumatique peut faire écho avec une situation d'abus sexuels plus anciens, qui colore l'acte présent d'une toute autre signification.

En fait, on retrouve beaucoup plus de fausses rétractions que de fausses allégations [54].

C/ ÉVOLUTION:

1°) Si le diagnostic d'abus n'est pas fait chez un petit enfant :

Le syndrome d'adaptation, décrit par Summit (en 1983), correspond plutôt aux abus intrafamiliaux et évolue pour l'auteur en cinq phases [97] :

- La non-révélation et le maintien du secret, imposés pourtant par la terreur, paraissent à l'inverse à la victime et à sa famille comme une sécurité.

- Le sentiment d'impuissance se renforce du fait de la dépendance de la victime à l'adulte et du débordement de ses défenses.

- L'enfant est pris au piège par ses propres mécanismes de défense (dénier du vécu traumatique, idéalisation du parent coupable, introjection de ses aspects négatifs, ...), avec distorsion de la réalité et éventuellement des attitudes ambivalentes, jusqu'à la chronicisation de ses mécanismes de défense.

- La révélation tardive est non convaincante, parce que les allégations de l'enfant sont peu précises et ambivalentes. Chez l'adolescent, la révélation devrait être plus facile, mais les symptômes parfois violents qui s'y associent brouillent les

pistes. A l'inverse, l'adolescente qui s'est trop bien adaptée à la soumission aux abus a une attitude désinhibée et éventuellement provocatrice qui amène à discuter de la véracité de l'allégation.

- La rétractation des aveux est alors le risque majeur, si l'enfant n'est pas entendu et protégé. Cette rétractation amène alors en retour des raisons de ne pas croire à l'allégation, d'autant plus que l'ensemble des forces en présence, et notamment les pressions familiales, vont dans ce sens. Ces rétractations, face à des situations pourtant bien réelles, menacent l'intégrité du sujet et renforcent le sentiment de culpabilité. En effet, après la période de révélation qui peut être en soi un traumatisme, l'enfant ou l'adolescent va se renier pour protéger son entourage ou par crainte des conséquences de sa parole. Cette rétractation est alors le plus souvent retournée contre le sujet qui devient doublement victime : d'abord de l'inceste, puis de sa propre parole contre le secret.

2°) Si le diagnostic est fait, que l'enfant est cru et aidé :

Les manifestations les plus spectaculaires vont s'amender progressivement.

L'enfant retrouve l'intérêt pour le jeu.

Les angoisses peuvent se névrotiser sous forme de phobies diverses (peur d'être seul, peur du noir, agoraphobie, ...) qui peuvent s'accompagner de composantes hystériques parfois spectaculaires.

Les cauchemars sont fréquents et persistent le plus souvent. Les thèmes retrouvés ont un rapport étroit avec un sentiment d'impuissance, de contrainte. Il peut s'agir de monstres terrifiants qui attaquent, qui étouffent, d'enfermement dans des cercueils, ... La clinique, nous montre que ces cauchemars peuvent persister ou réapparaître plus tard, voire même à l'âge adulte, notamment dans des situations où la personne en situation de contrainte, ne peut faire face.

À l'adolescence ou à l'âge adulte, on peut retrouver ces éléments, sous forme d'une incapacité à dire non, une incapacité à se protéger, une propension à se placer parfois dans des situations de danger.

3°) Évolution à plus long terme :

À partir de la clinique, mais aussi de certaines enquêtes sur les éléments perçus par des associations d'aide aux victimes [80], on retrouve différents troubles et difficultés de l'adaptation sociale chez d'anciennes victimes d'abus sexuel dans l'enfance. Ce sont des "conduites masochistes devant l'autorité", des phobies diverses et invalidantes (agoraphobie, peur du regard d'autrui, ...), la répétition de situations sexuelles abusives éventuellement dans le cadre de mise en danger plus ou moins consciente, des difficultés d'ordre sexuel dans la relation de couple (dyspareunie, frigidité, ...), le refus de la sexualité, l'homosexualité, qui pourrait avoir valeur pour la femme d'une relation homosexuelle maternelle réparatrice, et chez l'homme, de s'intégrer soit dans une relation masochiste passive, soit le plus souvent tenter de maîtriser et d'effacer le traumatisme en devenant à son tour agresseur et séducteur de jeunes garçons. De même, les relations avec leurs propres enfants peuvent être perturbées, dans le sens d'une hyperprotection par peur qu'ils soient agressés eux-mêmes, ou dans le cadre de reproduction du traumatisme dans sa dimension transgénérationnelle.

On retrouve dans la prise en charge psychiatrique de nombreux patients adultes, des éléments psychopathologiques en lien probable avec ces traumatismes sexuels infantiles agis, sans pouvoir parler de cause unique. Ce sont les troubles de personnalité de type borderline, narcissique, antisocial, des troubles dissociatifs et hystériques, ...

Ces éléments justifient et renforcent l'intérêt des soins adaptés et précoces.

II / ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES :

A/ RÉFLEXIONS À PROPOS DES CONSÉQUENCES DES ABUS SEXUELS

1°) Développement de l'enfant :

Les éléments fondamentaux dans le développement de la personnalité, d'après la théorie psychanalytique, sont la dépendance importante et longue de l'enfant à l'égard de ses parents et la sexualité infantile.

a) La dépendance :

Cette dépendance implique donc une longue période d'échanges relationnels entre l'enfant et son environnement, tant familial que social, qui lui permet d'acquérir progressivement la maturité nécessaire qui le conduit à son autonomie psychoaffective. Le jeu des identifications entre parents et enfant est à la base de ce processus par l'intériorisation de ce que la relation parentale véhicule pour l'enfant, qui passe par l'investissement réciproque et par la qualité de la relation d'objet proposée par le parent à l'enfant et établie par l'enfant avec lui. Cet investissement dépend des deux niveaux, l'interpsychique et l'intrapsychique (ce qui aura une influence sur la signification des actes et des paroles pour l'enfant) et ce dès la naissance.

b) La séduction dans les premiers soins à l'enfant :

Il s'agit tout d'abord d'une séduction narcissique, qui n'est pas la séduction sexuelle (qui se définit par la différence des sexes, par des zones corporelles électives, par sa réciprocité, et par le fait qu'elle se fantasme) [85]. Cette séduction débute plus tôt dans la vie du sujet.

La séduction narcissique existe dans les relations précoces du bébé avec sa mère (et avec son père), dans le cadre d'une séduction mutuelle qui permet aux deux

protagonistes de se rassurer sur leur pouvoir de séduction. De plus, l'enfant est le support des projections narcissiques de ses parents.

Comme l'écrit S. Lebovici [72], la mère introduit dans les soins à son enfant, le "bébé de sa vie imaginaire" (qui représente son désir de grossesse et pour les deux parents le désir de parentalité) et ses rêveries préconscientes et le "bébé de son conflit œdipien" (désir de maternité et d'enfant), donnant ainsi une issue aux propres conflits infantiles des parents. Les parents font ainsi un transfert de leurs conflits avec leurs propres parents sur l'enfant, avec une projection des imagos parentaux et de leur Surmoi, qui transparait à travers les scénarios conférant un sens au comportement du nourrisson. Les événements de la vie de l'enfant deviennent ainsi des événements interprétés à la lumière des sentiments éventuellement de culpabilité des parents, avec des identifications complexes et réciproques. Ceci permet l'introduction dans les soins maternels de "ses besoins ambivalents de séduction et de renflouement narcissique".

Le bébé, à partir de cet accordage affectif, se représente sa mère (et la qualifie en tant que telle, en même temps qu'elle le reconnaît comme sujet humain) et ses représentations sur l'extérieur dépendent de ces premières relations précoces avec ses partenaires. Très tôt, l'enfant peut mettre en œuvre des relations interpersonnelles, témoins de ses capacités à agir sur son entourage. Cette séduction se base donc sur une "fascination narcissique mutuelle" qui permet au début de préserver un équilibre "à l'abri des excitations internes et externes" [85], et "vise à l'unisson tout-puissant, à la neutralisation, voire même à l'extinction des excitations d'origine externe ou pulsionnelle, et enfin à la mise hors-circuit (ou en attente) de la rivalité œdipienne" [86]. Chacun des deux protagonistes participe à la création de l'autre. Pour P-C. Racamier, "c'est là que naît l'Antœdipe", dans sa "version tempérée", universelle et nécessaire qui à un rôle structurant de l'identité, et dans sa "version mégalomaniacale" quand cette séduction narcissique reste interminable et devient dissymétrique (elle conduit à l'incestuel et à l'inceste). Normalement, la croissance amène des modifications progressives à cet équilibre, par l'émergence de pulsions, des excitations, des désirs et des fantasmes, par les "processus de séparation et de deuil" qu'elle impose. La séduction narcissique rétrocede alors, laissant une trace dans le moi des deux partenaires ("le sentiment

d'avoir fait naître l'autre") [85] et laissant alors place au "sexuel". Le narcissique entre ainsi en concurrence avec le sexuel et avec les "forces de croissance" qui amènent à la différenciation, à la séparation et à l'autonomie par "distension de l'unisson narcissique" [86].

Ainsi, à côté de ses efforts pour séduire l'adulte qui lui donne les soins, l'enfant prend conscience progressivement de ses limites par l'intermédiaire de la bonne distance qui se joue dans ses relations à ses partenaires. Ainsi une mère qui ne serait pas seulement "suffisamment bonne" (au sens de D. W. Winnicott), en répondant trop vite aux besoins de son enfant et à ses désirs séducteurs, parce que renforçant son propre narcissisme, créerait chez le bébé des "néo-besoins", et empêcherait l'exercice de l'auto-érotisme infantile et l'hallucination du plaisir. Le parent gagne en narcissisme et l'enfant perd en autonomie [86].

L'enfant est donc en proie à des forces pulsionnelles qu'il ne maîtrise pas. Son entourage, notamment sa mère, a une fonction de pare-excitation, qui le protège des débordements éventuels ; la tendresse et la "capacité de rêverie maternelle" (W. R. Bion) permet de trouver la bonne distance et de régulariser les tensions, et ce jusqu'à ce que l'enfant lui-même se construise par l'intermédiaire de son appareil psychique un système interne de défense. De même, cette distance relationnelle adéquate, qui respecte "l'interdit de la possession exclusive du corps de l'autre, antérieur à la phase œdipienne" [80] permet à l'enfant d'investir son propre corps, tout en respectant celui de l'autre comme il est respecté.

Ceci lui permettra plus facilement de repérer ce qui est inadapté dans les comportements d'un adulte à son égard et de se protéger ou au moins de savoir demander de l'aide.

c) La sexualité infantile :

Elle représente la vie pulsionnelle de l'enfant au-delà de la période génitale. Le complexe d'Œdipe et les relations œdipiennes, avec le complexe de castration, sont une étape fondamentale dans le développement de l'enfant et la structuration de sa

personnalité. La résolution harmonieuse de ce stade est considérée comme structurante. L'adolescence s'y associe pour déterminer la structuration de la personnalité et des relations aux autres.

d) La notion "d'après-coup" :

La notion "d'après-coup", utilisée par Freud est définie par J. Laplanche et J. B. Pontalis comme le fait que "des expériences, des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement. Elles peuvent se voir alors conférer, en même temps qu'un nouveau sens, une efficacité psychique" [71]. Par rapport à la notion de traumatisme, cet élément de "l'après-coup" illustre la possibilité qu'un acte ancien, ayant libéré une excitation non maîtrisée et non élaborée de façon adéquate au moment, trouve un sens différent à une période plus avancée du développement (notamment à l'adolescence). Sur un plan économique, le moi ne contient plus la poussée pulsionnelle due au traumatisme et maintenue jusqu'alors dans un certain équilibre du fait de contre-investissements plus ou moins efficaces. La notion "d'après-coup" permet la résurgence d'un contenu psychique inconscient qui vient prendre une place différente et inassimilable pour le moi, par le biais des associations initiées par un événement extérieur. Ceci rend compte éventuellement du délai entre le trauma et l'apparition d'une organisation pathologique.

En s'appuyant sur la clinique des victimes d'agression qui expriment le sentiment que l'événement traumatique leur a enlevé quelque chose de leur identité, ce qui renvoie à un "bouleversement des repères identificatoires", D. Casoni évoque une "mise en échec de l'après-coup". L'après-coup est alors compris comme un élément permettant un travail d'élaboration psychique pour "accéder, puis intégrer un contenu jusque là inassimilable" [18]. C'est donc alors l'échec de l'après-coup qui explique en partie la persistance du déséquilibre psychique chez certaines victimes.

2°) Définition de l'interdit de l'inceste :

a) Selon différentes approches :

L'universalité de cet interdit est définie et justifiée différemment selon les disciplines.

Sur un plan médical et génétique, il préserverait l'espèce des risques de la consanguinité. D. Gauthier [54], citant Meiselman (1979), minimise ce risque, et le rapporte alors à un fantasme de dégénérescence de l'espèce.

D'après des études éthologiques, au cours de leur développement, certains animaux inhibent les comportements sexuels envers leurs proches pour se tourner vers des non familiers.

Pour certains sociologues et anthropologues, l'interdit de l'inceste préserve la cohésion familiale, évite les guerres entre tribus voisines, c'est-à-dire, favorise la paix. Il permet également les relations d'échange, ainsi le mariage est un don d'un bien à une autre famille. La loi totémique est l'obligation de se marier en dehors de la tribu et correspond à la prohibition de l'inceste. Ces impératifs sociaux ne sont pourtant pas une origine, mais bien plutôt une conséquence de cet interdit. Pour Lévi-Strauss (1949), l'interdit de l'inceste est "le droit de regarder ailleurs".

Sur le plan psychanalytique freudien [47], l'instauration du tabou de l'inceste repose à la fois sur deux thèses : l'auteur d'une transgression doit être puni, sinon son geste pourrait attirer la jalousie et l'envie au sein du groupe totémique (en référence au mythe de la horde primitive, dont découlerait les deux tabous de toute société, à savoir l'interdit du meurtre et l'interdit de l'inceste), deuxièmement, si l'inceste est un tabou, c'est parce qu'il est fondamentalement désiré. L'interdit viendrait contrecarrer les forces pulsionnelles et l'inceste s'apparenterait à une pulsion d'autodestruction, c'est-à-dire du côté de la pulsion de mort, avec éventuellement une articulation inceste et interdit de l'inceste avec les concepts de pulsions de mort et de pulsions de vie [87]. Le tabou de l'inceste émane alors des pressions sociales intériorisées, et conduit au refoulement de l'ambivalence sexuelle envers les membres de sa proche parenté. Il est à l'origine de l'échange.

b) Implications cliniques de la prohibition de l'inceste :

Cette loi psychique implique une transmission de génération en génération et est à l'origine de la reconnaissance de la différence, à savoir la différence des sexes et la différence des générations. Elle implique la séparation, et donc la différenciation de l'objet maternel en vue de l'individuation du sujet. La deuxième fonction de la loi est l'interdit qui contredit sans cesse la tendance du désir de fantasme incestueux.

Pour l'enfant, le respect de cette loi est structurant. Ainsi, le père et la mère gardent leur place structurante dans la famille, s'ils permettent que les fantasmes œdipiens se jouent, mais interdisent l'acte. C'est ainsi que l'enfant, confronté à cette réalité, intègre la règle, le respect de cette règle et sa place dans la triangulation œdipienne avec les limites que cela impose. Ceci lui permet de se construire en s'inspirant et en intégrant les images parentales, et donc en intégrant la différence des générations et des sexes.

Ce qui est important, c'est la qualité de la réponse des parents aux désirs de l'enfant, pour que les limites posées ne résultent pas de son impuissance, ce qui provoquerait une blessure narcissique, mais bien de l'interdit dans sa fonction sécurisante et structurante [87]. Ainsi, l'enfant reste confiant dans l'amour de ses parents, et est revalorisé par l'acceptation de cette loi.

3°) Conséquences théoriques du non-respect du tabou de l'inceste :

L'acte incestueux fait confronter violemment fantasme et réalité, réalité psychique et réalité extérieure, ce qui expose le moi de la victime à la confusion, dans un mouvement destructeur du développement psychique.

Pour S. Freud [47], la place du père est réalisée par le respect de sa loi, il symbolise le tiers. La mère se réfère au père symbolique, qui est celui qui nomme l'enfant et reconnaît la loi du père, dans sa fonction paternelle de séparation et d'interdit, médiatisant par son rôle de tiers les désirs de chacun (chacun s'interdisant la possession de l'autre).

Pour P-C. Racamier, l'inceste est "l'ultime recours contre toute séparation, l'ultime ressource de la séduction narcissique pour se pérenniser". Il précise que "si le tabou de la confusion des êtres (ce butoir de l'Antœdipe) n'est pas respecté, alors le tabou de l'inceste (butoir de l'Edipe) ne le sera pas non plus" [86].

Pour Basquin, il existerait deux types d'inceste. L'acte incestueux entre père et fille ne remettrait "pas fondamentalement en cause la loi organisatrice du groupe familial", dans la mesure où le père reste détenteur du phallus auquel la femme demande la jouissance, et donc entraînerait une pathologie de type névrotique. L'acte incestueux mère-fils serait à l'opposé de type psychotisant, dans la mesure où la mère inductrice du lien incestueux renie son lien au père dans le couple, et bafoue le rôle du père qui est "d'interdire que mère et enfant puissent trouver entre eux l'exclusivité de la jouissance". Ceci annule la scène primitive et contredit l'évolution harmonieuse symbolique du complexe de castration par la forclusion de la fonction symbolique du père [10].

Dans la situation d'inceste père-fille, par exemple, ce qui est entendu par "père" est celui qui exerce "la fonction paternelle". Ainsi, P. Sabourin précise que cette fonction peut être assurée par le père géniteur, le grand-père, l'oncle, éventuellement même le frère aîné, le beau-père [93],...

La transgression du tabou pour l'enfant est d'abord la transgression d'une loi, qui peut être perçue théoriquement vers 6 ans (plus tôt chez certains auteurs), dans la mesure où cette loi est intégrée. Les effets psychologiques seront donc variables notamment selon l'âge où la relation incestueuse a lieu [54].

L'enfant ayant transgressé la loi se trouve dans une situation marginale. L'angoisse est ravivée par le tabou de la loi qui reste imprécise et non dite pour lui. L'image qu'il aura de lui-même dépendra alors de sa situation du bon ou du mauvais côté de la loi.

La confusion est alimentée par l'ambiguïté des adultes à son égard qui, sans y parvenir, tentent de normaliser les relations afin de perpétuer ou de justifier leurs actes.

Cette confusion et l'absence de repère (l'enfant ne peut plus se référer à l'adulte, puisque celui-ci enfreint la loi) augmentent le sentiment de culpabilité et d'angoisse.

La sécurité de l'enfant n'est pas assurée sur le plan physique, ni sur le plan symbolique, ce qui fait traumatisme.

L'autre élément traumatique est bien sûr représenté par le traumatisme sexuel, proprement dit, qui par la confrontation de la sexualité adulte vient contredire la sexualité infantile d'abord auto-érotique. Elle ne correspond pas au développement de l'enfant, qui est confronté à une vision concrète de ce qu'est la sexualité adulte. Pour certains auteurs [54], ceci contredirait la maturation sexuelle de la période de latence, avec un développement dysharmonieux de la sexualité de l'enfant.

4°) Facteurs traumatiques internes et mécanismes de défense :

Pour Anna Freud [44], les mécanismes de défense de l'enfant s'élaborent progressivement avant la maturité, et protègent le moi d'agression ou de trop fortes excitations endogènes ou exogènes.

Dans le cas d'abus sexuel, la confrontation au réel des excitations endogènes risquent de déborder les défenses habituelles.

Les facteurs traumatiques internes sont définis par Finkelhor et Brownés [54] comme des facteurs "altérant les perceptions et les émotions concernant l'environnement et créent un traumatisme par distorsion de l'image propre qu'à l'enfant de lui-même, de sa vision du monde et de ses capacités affectives".

L'impossibilité de comprendre et de gérer le vécu traumatique amène à des

réaménagements psychiques, qui permettent de trouver un compromis entre l'élément traumatique et la vie quotidienne ; ceci d'autant plus que l'enfant reçoit des messages paradoxaux de la part des parents, entre un lien double, à l'agresseur et en même temps à son père, et une mère pouvant paraître sécurisante, alors qu'elle ne protège pas l'enfant. La relation à l'autre devient emprunte d'ambivalence, jusqu'à devenir déstructurante. Un autre élément est le signe de la défaillance de l'image parentale. L'enfant est "trahi" et perd la confiance en l'adulte. Ceci peut se manifester comme écrit ci-dessus par l'irritabilité, la méfiance à l'encontre de l'adulte, les passages à l'acte, le syndrome dépressif ou la dépendance paradoxale à l'égard de l'adulte.

a) Dans la situation de sévices récents, notamment chez le petit enfant, la sidération est le premier mode de défense, avant les reviviscences morbides et l'angoisse matérialisées par les différents symptômes décrits ci-dessus. Afin de tenter de maîtriser cette angoisse, ce peut être la répétition morbide de certains actes ou affects (notamment chez les adolescents par la prise d'hallucinogènes). La sexualisation traumatique peut représenter une tentative de maîtriser l'angoisse.

b) Après cette phase, des défenses plus élaborées s'aménagent afin de préserver un espace où le moi est moins menacé ; on peut parler de période d'enkystement.

Ces mécanismes de défense sont représentés par le clivage, qui peut être efficace au prix d'un certain affranchissement de la réalité (avec éventuellement des épisodes dissociatifs, jusqu'au classique moment psychotique à l'adolescence, qui n'évolue pas pour autant vers une psychose).

Le refoulement nécessite beaucoup plus d'énergie et la décharge de l'angoisse risque de prendre des voies diverses par le passage à l'acte, par un contenant corporel sous forme de somatisations, par des phobies (contenant de l'angoisse seule), par des attitudes régressives.

L'introjection du sentiment de culpabilité de l'adulte est quasi constante ; elle correspond cliniquement à une perte de l'estime de soi et de l'image de son corps,

ainsi que la culpabilité et la honte intégrées par le sujet comme étant de son fait. Les conduites dépressives sont alors représentées par un manque d'assurance par rapport à l'image du corps, par des comportements autoagressifs par tentatives d'autolyse. La blessure narcissique et la dévalorisation de soi sont corollaires de la projection des sentiments ambivalents de l'agresseur en l'enfant qui devient le mauvais objet. Pour Ferenczi en 1933 [38], l'abuseur va disparaître en tant que réalité externe, par "identification à l'agresseur", à savoir par identification anxieuse et par introjection de l'agresseur par l'enfant en intrapsychique. L'agression cesserait alors d'exister en tant que réalité extérieure, mais le sentiment de culpabilité de l'adulte est lui aussi introjecté, avec ses répercussions cliniques. On parle aussi avec Anna Freud [44], "d'identification avec l'agresseur", dans le sens où l'identification "contribue à la formation du surmoi" et "constitue, en se combinant avec d'autres mécanismes, l'un des moyens de lutte les plus puissants contre les objets extérieurs générateurs d'angoisse". L'identification à l'agresseur correspond d'abord à l'imitation physique de l'objet redouté, puis à l'introjection d'un de ses attributs, pour enfin arriver à l'identification, non plus à l'agresseur, mais à l'acte d'agression. Ces mécanismes de défense (par identification à l'agresseur) s'opposent au refoulement ("c'est-à-dire à la mise en fantasme et en mémoire des traumatismes" [69]), dans la mesure où les traumatismes demeurent alors non symbolisés.

D. Agostini [2] complète ce mécanisme défensif par la notion notamment de culpabilité et de croyances traumatiques. La culpabilité traumatique correspond au fait que l'enfant (par un déni massif de la pathologie et de la violence de ses agresseurs) ne peut imaginer que les adultes sensés le protéger sont à l'origine de son désespoir et de sa terreur, et donc se met à croire, inversant des liens de causalité, qu'il est lui-même porteur d'horreur, ce qui légitime la violence et normalise les comportements des agresseurs (notamment les parents), jusqu'à le rendre coupable d'exister. Le surmoi, qualifié de "tyrannique" par D. Agostini impose au moi un déni de la réalité, fait barrage aux pulsions dans la mesure où elles sont perçues comme dangereuses et en cause dans le traumatisme, "vide le moi de son potentiel émotionnel et pulsionnel" [1].

Les conséquences cliniques peuvent être du côté du versant dépressif, avec des troubles des comportements éventuellement associés, comme tentative de “guérison” par la régression.

A l’inverse, certains enfants évolueront vers une apparente maturation précoce. S. Ferenczi dès 1933 [38], évoquait un deuxième mécanisme de défense face à un choc, de façon inverse et paradoxale, qui s’opposait à la régression sus-citée. Il évoquait une “progression traumatique (pathologique)” ou une “prématuration (pathologique)”. Un traumatisme violent avec détresse et angoisse de mort pourrait “éveiller et activer soudainement des dispositions latentes, non encore investies, et qui attendaient leur maturation en toute quiétude” ; ce mécanisme conduirait à une maturation brutale émotionnelle ou intellectuelle. Pour Agostini [2], ces enfants qui évoluent vers une apparente maturation, peuvent inverser les rôles et se positionner en protecteur, en “thérapeute” de leur parent (ce qui reposerait initialement sur le mécanisme d’identification à l’agresseur, avec la culpabilité traumatique qui donnerait à l’enfant l’illusion d’avoir guéri son agresseur).

A distance, le sujet devenu mature, au moment notamment de la confrontation à la sexualité, va voir resurgir le traumatisme.

La confrontation avec les modèles parentaux ne lui apportent aucune aide dans la mesure où ils sont défaillants, ce qui fait resurgir l’angoisse, et entraîne la résurgence des mécanismes de défense déjà utilisés, jusqu’à des comportements inappropriés qui peuvent être des troubles patents de l’identité sexuelle, des comportements pervers, la reproduction de sa propre histoire dans la position d’abuseur ou d’être à nouveau victime de l’autre. D. Agostini [1] évoque “l’internalisation des contraintes externes traumatiques ainsi que l’impact de cette intériorisation négative sur le travail d’adolescence”, que représente au cours de cette période de la vie, l’intégration de la sexualité génitale, par l’enfermement de l’adolescent dans des mécanismes de défense extrêmement actifs (“qui anesthésient leur moi, attaquent leur corps sexuel”).

Ceci s'élargit probablement à d'autres champs cliniques, notamment à travers les syndromes douloureux chroniques pouvant conduire à des demandes médicales et chirurgicales intempestives (dimension sadomasochique), l'hystérie et la personnalité dépendante, la pathologie psychosomatique.

5°) Facteurs externes surajoutés au traumatisme initial :

Se surajoutent à ces éléments les facteurs externes de traumatisme que sont les répercussions sociales et familiales du traumatisme, imposant le silence, la solitude.

En cas de dévoilement, les interventions sociales, par l'incursion sociale de l'extérieur dans l'intimité de l'enfant et de sa famille, peuvent amener d'autres éléments traumatiques à évaluer et à bien mesurer. Notamment, dans les cas où la dislocation du couple amène à des accusations mutuelles de charge contre l'autre et d'auto-accusations diverses qui renforcent alors le sentiment de solitude et d'insécurité de l'enfant.

B/ FAMILLES À TRANSACTION INCESTUEUSE :

1°) Les fonctionnements familiaux :

a) La question culturelle :

La question de la culture a ici toute son importance, mais ne sera pas détaillée dans ce sujet.

Pourtant à côté des références théoriques, le contexte culturel reste à explorer par l'influence qu'il peut avoir sur les comportements et leurs compréhensions. Il n'en reste pas moins que la question est ouverte entre le positionnement à avoir par rapport à la notion d'abus sexuels et de maltraitance, comme ayant une définition stable et universelle ou comme devant être relative aux références culturelles ?

Ceci a inévitablement une incidence dans la lecture que l'on peut faire du traumatisme et dans la réponse à apporter, d'où l'intérêt de se dégager de la réalité des actes pour s'intéresser à la réalité psychique du sujet .

b) Évolution des idées en France à propos des familles :

En France, vers 1960, les auteurs qui étudient les familles avec passage à l'acte incestueux, considèrent que l'inceste est plus fréquent en milieu rural et est une des conséquences de l'alcoolisme dans un climat de pauvreté et de promiscuité. Les idées évoluent à partir des années 80, avec des études qui montrent que les problèmes d'inceste existent également dans les familles dites "normales" [53] et actuellement la plupart des cliniciens considèrent que les abus sexuels peuvent survenir dans n'importe quelle famille sur un plan socio-économique [15] .

L. Razon cite deux hypothèses qui se prolongent pour expliquer l'inceste : un défaut de différenciation des rôles et des générations dans la famille qui amène à un dysfonctionnement familial par rapport à la loi, avec une psychopathologie commune (même si à expression variable) des membres de la famille, et un rejet dès l'origine de cette loi organisatrice, car vécue comme essentiellement séparatrice, avec résistance à la séparation du fait d'une angoisse non maîtrisable qui nuit au processus d'individuation et au développement psychique [87]. L'inceste viserait à lutter contre cette angoisse de séparation.

J. Y. Hayez et E. de Becker [60 ; p45] décrivent schématiquement trois types de famille avec risque de passage à l'acte incestueux.

"Des familles rigides, totalitaires" où "le père y fonctionne comme un tyran domestique". Les rites et les règles familiales sont très stricts et la mère est soumise à l'autorité du père (qui peut également être le grand-père, le frère aîné, ...). Ces familles sont isolées et ne communiquent pas avec l'extérieur. L'inceste serait alors "légitimé rationnellement, à peine caché à la mère, et les filles, chosifiées depuis toujours, sont

priées d'y souscrire dans la terreur silencieuse". Si l'abus est révélé, père et mère accusent de fabulations leurs filles. On retrouverait d'après les auteurs des pratiques incestueuses familiales transgénérationnelles dans ce type de famille. Pour d'autres familles de ce type, il s'agirait pour les père de "nier leur insécurité affective et/ou leur mauvaise image de soi" en choisissant une position d'omnipotence.

Le deuxième type de famille, décrit par J. Y. Hayez et E. de Becker est représenté par "des familles fusionnelles" avec une "organisation familiale dévouée, enchevêtrée, altruiste" organisée entre les différents membres de la famille. Le père s'occuperait ici beaucoup de ses enfants, mais attend en contrepartie qu'ils fusionnent de plus en plus avec lui avec progressivement des relations de plus en plus sexualisées, dans un climat affectif d'abord tendre. La mère laisse peu à peu sa place au père. Pour les auteurs, ces pères n'auraient pas encore vraiment résolu leur complexe d'Œdipe et s'identifieraient inconsciemment à leur mère, et ce d'autant mieux que leurs relations à leur propre mère étaient établies dans un climat incestueux. À l'inverse, d'autres pères chercheraient à combler une carence affective. En cas de révélation, le père ne nie pas les faits et avoue sa culpabilité.

La carence qui ressort de ces situations semble pouvoir favoriser à elle seule une relation incestueuse, par un glissement progressif d'une relation de tendresse à une relation incestueuse. La mère ferait ici défaut, sur le plan affectif, mais surtout symbolique dans la triangulation ; les relations de proximité entre père et fille tout deux présentant un manque affectif se transforment alors progressivement en relations de plus en plus érotisées du fait des besoins pulsionnels, jusqu'au passage à l'acte, qui pourra rester longtemps secret, car entraînant des bénéfices immédiats de nature différente de part et d'autre. Ce sera au moment des tentatives d'autonomisation de l'adolescente que le couple abusé - abuseur se déséquilibrera et que les violences physiques peuvent alors apparaître. Cette situation suppose bon nombre de dysfonctionnements que sont : la dégradation des relations du couple, la recherche de bénéfices immédiats dans la relation père-enfant (au moment de l'adolescence notamment), la personnalité du père incapable de faire face à un trop plein d'excitation, la personnalité de la mère qui ne préserve ni son rôle d'épouse, ni n'assure son rôle de mère (ce qui la renvoie probablement à sa relation

avec sa propre mère), la personnalité de l'enfant qui cherche dans ce milieu carencé avec difficultés relationnelles à sa mère une réparation narcissique auprès du père.

Le troisième type de famille, décrit par les auteurs sus-cités, est représenté par des familles chaotiques avec un climat d'instabilité et d'insécurité pour tous les membres. La communication de ces familles serait marquée par une grande labilité émotionnelle ; il n'y aurait pas de règles communes ni permanentes et chacun vivrait avec ses "pulsions régies par des besoins de satisfaction immédiate". Les conditions économiques peuvent être difficiles. Ces familles auraient tendance à l'isolement social. Les cadets deviennent les victimes de leurs aînés, qui auront du mal en cas de révélation à intégrer la notion de délit ou de crime. Le plus souvent, le père serait décrit comme immature, impulsif, n'ayant pas intégré les règles sociales.

Les fonctionnements relationnels sont différents en fonction de ces situations et sont importants à évaluer pour comprendre la dynamique familiale et les comportements, notamment pour intervenir de façon la plus adaptée.

En parallèle, on note dans bon nombre de famille des expériences de séparation et de rupture, qui semblent accompagner l'ensemble de l'histoire familiale. Ceci entraîne des failles dans la structuration des personnalités, par le manque d'expériences structurantes et continues (qui permettent d'intérioriser les interdits et de situer les rôles parentaux), à côté d'un désir de recevoir un amour total perdu trop tôt ou jamais connu [25].

c) Notion de confusion des générations :

La notion de confusion des générations n'existe pas du seul fait de l'écart d'âge, mais bien d'un "problème de relation de parenté et du déplacement dont elle peut faire l'objet tout au long du développement de l'enfant" [27].

Elle peut reposer sur une évolution symétrique du fait de différents facteurs de la relation mère-fille, avec une régression de la mère dans une position infantilisante en même temps que sa fille grandit et prend une position d'adulte responsable. Le père ne joue pas le rôle de tiers entre les deux et les confond par l'acte incestueux. La mère n'est pas non plus tiers dans la relation père-fille, en conservant sa place auprès du père. Les situations sont très diverses selon le type de relation qui unit le couple parental.

d) Le couple parental dans la problématique incestueuse :

Les personnes, dont l'histoire est émaillée de différentes ruptures et de séparations, peuvent former des couples dont le trait dominant est la dépendance réciproque. L'enfant qui naît dans ce couple vient inévitablement exciter des mouvements pulsionnels, raviver des tensions internes, des manques anciens et provoquer des conflits externes [25].

Pour A. Crivillé [27], il existe deux caractéristiques omniprésentes de la relation du couple par rapport à l'enfant.

La première est la situation où les parents investissent davantage la relation de couple à la relation à l'enfant. Ces couples fonctionnent dans la dépendance. Cette dépendance explique en partie le rejet de l'enfant quand il devient source de conflit et menace la cohésion du couple.

D'après son étude, A. Crivillé constate que seules 43 % des mères réagissent contre l'agresseur au moment du dévoilement et qu'une mère sur cinq seulement soutient l'enfant ; la mère fait dans ces cas le choix du placement de l'enfant plutôt que de se séparer de l'abuseur.

La deuxième situation est celle où "l'enfant est, ou devient, nécessaire pour nourrir le type de relation établie dans le couple, même si cela se fait dans un processus de destruction du couple". Dans ces familles, l'enfant est en premier lieu

objet de la satisfaction de l'attente des parents, ce qui peut s'associer à des maltraitances diverses en cas de défaillance.

Dans certains cas, l'enfant est utilisé dans un processus de rivalité entre les parents, voire dans une relation de type sadomasochiste.

Dans d'autres cas (plus rarement), le couple en tant que tel est abuseur avec participation des deux parents.

Certains traits de fonctionnement du couple sont repérés :

Il s'agit en premier lieu du manque de maîtrise pulsionnelle, matérialisé par des comportements violents "sous-tendus par une sexualité qui ne supporte ni la frustration ni les limites imposées par l'interdit". Cette violence peut paraître subie, mais s'appuie sur des fonctionnements de couple parfois complexes qui semblent être un élément important pour maintenir une cohésion du couple, où en fait aucun changement n'est possible.

La toute-puissance apparente des abuseurs au sein de la famille peut masquer une dépendance majeure, transformée en maîtrise de l'objet, sur lequel est concentré leur demande de gratification et le besoin d'affirmation de soi, pour conserver l'illusion de leur autonomie ou pour retrouver le fantasme mégalomane de négation de toute altérité, de toute limite.

La complicité s'intègre éventuellement dans la perversion, à savoir la recherche de satisfaction pulsionnelle par les deux partenaires ensemble par l'intermédiaire des mauvais traitements à l'enfant. Ceci peut se jouer au niveau conscient, bien que rare, ou au niveau du non-dit voire de l'inconscient par la recherche de la satisfaction des désirs par personne interposée. La complicité de la mère peut aussi s'exprimer à travers le sacrifice de l'enfant, afin soit de la remplacer auprès du père pour ne pas remplir elle-même son "devoir conjugal", soit signifier sa dépendance extrême à son conjoint.

La dépendance réciproque est également un trait de fonctionnement majeur décrit dans les familles maltraitantes. Ceci fait référence au couple victime - bourreau, où il est parfois difficile de repérer qui a le plus de pouvoir dans cette interaction, le

bourreau se présentant ainsi comme démuni quand sa victime lui échappe. À l'inverse, la clinique nous montre la répétition dans leur choix, des sujets répétant inlassablement des unions avec des personnes violentes qui les maltraitent ainsi éventuellement que leurs enfants. La relation entre les deux partenaires a une dimension sadomasochiste qui maintient la relation de part et d'autre.

Ces éléments sur le fonctionnement du couple dans les familles maltraitantes illustrent la place que peut avoir l'enfant dans la famille qui aura ainsi du mal à voir satisfaire ses besoins, en même temps que la difficulté à s'identifier à des images parentales structurantes. À côté de l'importance en soi des abus sexuels qui s'inscrivent dans la maltraitance, la relation conjugale et parentale est donc un facteur essentiel quand à la possibilité et au degré des répercussions psychiques de l'abus.

A. Crivillé : “Si la haine et la violence se glissent toujours dans les abus sexuels même quand il y a consentement, il convient de ne pas oublier que la qualité de la relation parent-enfant, dès la prime enfance, est le sol sur lequel l'enfant va construire son système défensif interne lui permettant plus tard de se protéger face à un éventuel agresseur”.

2°) Quelques éléments psychopathologiques concernant les abuseurs sexuels :

Actuellement, les auteurs, tel C. Balier [9], contestent la notion de structure perverse, pour préférer celle “d'organisation perverse” ou de “champ pervers”. D'après la littérature, il semble en effet que l'organisation psychique des agresseurs sexuels soit hétérogène et que la seule hypothèse psychopathologique de la perversion ne permette pas de comprendre l'organisation psychopathologique.

C. Balier évoque des symptômes souvent présents chez les agresseurs sexuels : “l'incapacité à reconnaître et exprimer verbalement ses émotions”, “la limitation de la vie imaginaire avec attachement aux faits perceptifs”, “la tendance à recourir à l'action pour résoudre les conflits” [9].

a) Organisation perverse de la personnalité :

Le fonctionnement relationnel est de type pervers avec un choix d'objet narcissique, voire fusionnel et archaïque. Ceci amène à la notion de perversion sexuelle ("utiliser l'autre" [9]), quant au choix d'objet sexuel de l'abuseur et à celle de perversité sexuelle [9] en tant que mode relationnel à l'autre (avec une "domination de la violence destructrice par rapport au plaisir érotique").

Pour certains auteurs, un des traits de personnalité important est la notion de pouvoir et donc la domination absolue de l'abuseur sur l'abusé et aussi sur la cellule familiale, domination que le pervers cherchera également à exercer sur les différents intervenants en cas de dévoilement.

Pour d'autres, le pouvoir reste néanmoins seulement un moyen de contrôle, tout comme la menace représente un moyen de pression, pour satisfaire les pulsions qui sont bien d'origine sexuelle. La manipulation à l'encontre de la victime et pour obtenir la complicité du conjoint est également utilisée. Ceci est renforcé par la relation pervertie entre les deux conjoints par une dimension éventuellement de type sadomasochiste.

Le pervers refuse la soumission à la loi (loi en général, mais surtout loi fondamentale de la prohibition de l'inceste) et cherche à devenir la loi. Il est dans l'incapacité d'être structuré par l'interdit et la séparation [87], et cherche ainsi à esquiver la castration et à maintenir l'illusion de pouvoir s'y dérober, niant par là même toute altérité (absence de différences des sexes, d'âge, de générations). Ceci rend le conflit impossible et le préserve de la culpabilité. La parole du pervers est mensongère afin d'éviter la soumission à la loi.

C. Balier [7] définit l'acte sexuel comme un acte pervers au sens de "perversité de caractère", qui correspond à la négation de l'autre et à son utilisation à des fins strictement personnels ; on est ici dans le phallique, pas dans le génital.

Le pervers instaure une relation de séduction, dans le sens "d'entraîner quelqu'un par un charme irrésistible" à la "corruption" [76] et parvient à "arracher

une jouissance interdite à celui qui lutte contre son désir” [87]. Pour R. Dorey [35] : “le pervers travaille par rapport au désir refoulé de l’autre, il le séduit par rapport à ce désir et le piège en l’enfermant dans un rapport duel et spéculaire où l’autre perd son désir et son individualité”. La relation ainsi instaurée est une relation d’emprise, avec un lien actif-passif, sadomasochiste.

choix d’objet narcissique chez le pervers :

Pour Freud (1916), ce qui est le propre du pervers est la recherche du plaisir sexuel comme un but en soi et le besoin d’agir pour atteindre ce but. La pression pulsionnelle est contraignante et lui “impose” l’acte et sa répétition. Dans cette optique, l’enfant n’est qu’un objet fonctionnel nécessaire à la poursuite du plaisir. Il devient un objet-fétiche (objet partiel) utile au pervers pour faire fonctionner un système clos, le protégeant de la confrontation à un objet externe différent qui serait le père interdicteur, et refusant ainsi la triangulation dans sa relation au couple parental [27]. Il fait un choix d’objet narcissique.

La violence chez le pervers est celle du sadomasochisme, à savoir “l’asservissement de l’objet à son propre plaisir sexuel”, avec la haine qui représente tour à tour la projection de ses propres sentiments à son égard et la vengeance de ce qui lui a été imposé. Elle existe dans la relation de façon constante même si elle n’est pas physique.

b) Problématique narcissique prédominante [27] :

La problématique aurait ici à voir avec la faille des assises narcissiques du sujet. Elle existe dans le fonctionnement pervers, mais n’est pas au premier plan.

Le plaisir sexuel n’est pas ici recherché en premier ; il s’agit de la recherche d’un objet qui a trop manqué ou qui pourrait assurer une unité de soi face au risque de désorganisation. Quand les systèmes de défenses deviennent défailants, les fonctionnements archaïques prennent le dessus. On est ici en deçà des conflits œdipiens.

- dans les cas de psychose :

On peut retrouver des situations d'abuseur délirant, éventuellement halluciné, bien qu'il s'agisse d'une situation rare.

Plus fréquent, il est décrit des cas d'abuseur fonctionnant sur une organisation paranoïaque de la personnalité. La relation sexuelle avec son enfant apaise ses peurs et ses angoisses (entre la mégalomanie qui cherche à annuler sa petitesse et la persécution qui nie son abandon). L'enfant dépendant lui assure de sa toute puissance et de l'absence de toute castration. Il a besoin de maîtrise et c'est ce qui le rend vulnérable, risquant l'anéantissement en cas de séparation.

- dans la carence :

Les personnalités carencées représentent le deuxième versant de la pathologie narcissique. La relation incestueuse aurait ici valeur d'un retour possible au sein maternel.

Le clivage n'est pas aussi efficace que dans les fonctionnements pervers et paranoïaques et peut laisser place partiellement à la culpabilité et à l'angoisse. La relation à l'objet externe cherche ici à combler un manque, à satisfaire des besoins archaïques et à donner l'illusion d'échapper à une frustration toujours présente. L'alcoolisme peut ici plus particulièrement y être associé afin de combler les angoisses et la culpabilité, à côté du moyen de substitution pour combler le vide de la frustration et le besoin de dépendance.

La violence chez le narcissique dépend des situations. Ce sera l'agressivité éventuellement incontrôlable dans le cas du délirant. Elle pourra être liée à la toute puissance et aux éléments de persécution du paranoïaque (indispensable pour qu'il se sente en sécurité). Elle pourra être issue de la colère de se sentir à nouveau abandonné dans sa frustration chez le carencé. La violence tend à maîtriser la réalité.

c) Fonctionnement névrotique dominant :

Il s'agit d'une situation plus exceptionnelle.

Les désirs incestueux font partie des désirs nécessaires à la constitution du complexe d'Œdipe, à côté du complexe de castration, dans la structuration de la

personnalité chez le névrosé.

Au contraire des cas sus-cités, la transgression du tabou ici se joue au niveau du conflit œdipien, c'est-à-dire que l'interdit est reconnu, ce qui amène culpabilité et angoisse. Il n'y a pas de clivage, pas de négation, ni de confusion, mais bien une transgression de l'interdit.

En revanche, la relation à l'objet inclut bien la notion d'interdit et d'altérité, ce qui amène à une relation de parentalité différente que dans les cas ci-dessus, éventuellement moins destructurante [27].

Pour A. Crivillé, le statut de l'objet dans la relation entre abuseur et abusé a une place essentielle et détermine "le type d'organisation de la personnalité de celui qui investit, l'abuseur, par rapport au moment évolutif de l'organisation de la personnalité de celui qui est investit, l'enfant, et le sens que la relation sexuelle entre les deux a pour l'un et pour l'autre. A ce niveau, il importe tout particulièrement de ne pas confondre les faits avec le vécu, le manifeste avec le latent, le conscient avec l'inconscient" [27].

Ceci d'autant plus que la relation de dépendance qui unit l'enfant au parent impose un investissement de part et d'autre.

La prise en charge de ces situations devra pouvoir intégrer l'ensemble de ces éléments dynamiques inter et intrapsychiques.

3°) La place des mères :

a) Dans la relation incestueuse père - enfant :

Certaines statistiques montrent que la mère connaît formellement l'abus dans 30 % des cas et que dans 24 %, elle en aurait vraisemblablement le doute ou la notion [15].

La première défense se manifeste par l'incrédulité, le désaveu, jusqu'au déni total, voire la complicité passive ou active.

Les situations sont variées et ont été décrites plus haut.

On retrouverait des pathologies psychiatriques (troubles dysthymiques, psychoses, état limite, ...) et des consommations excessives notamment d'alcool chez certaines mères incestueuses. Leur biographie peut être émaillée de nombreuses ruptures, voire pour elles-mêmes d'abus sexuels dans l'enfance. La place de mère serait difficile à assumer [15].

Certaines mères dépressives subissent voire participent, comme décrits ci-dessus, aux pratiques incestueuses de leur conjoint.

b) Inceste mère - enfant :

Il est à noter que peu d'études font références sur ce sujet.

Les mères participeraient directement à l'inceste dans moins de 10 % des cas (et alors pour moitié il s'agirait de mère présentant un trouble mental). L'abus est éventuellement exercé avec un autre partenaire sexuel adulte, qui n'est pas toujours le père, et la mère garderait surtout une position passive, d'après la littérature [27]. Certaines situations évoluent dans le domaine de la prostitution.

La dépression serait également retrouvée chez les mères qui entretiennent elles-mêmes des relations incestueuses avec un fils, le plus souvent handicapé sur le plan physique ; et les actes incestueux seraient au départ induits par l'intolérance à la frustration sexuelle de leur enfant (avec initialement aide à la masturbation et extension à d'autres activités sexuelles). Il est classique d'admettre que ce type de relation est particulièrement destructeur, voire psychotisant .

Plus rarement, les mères apparaissent omnipotentes, chosifiant leurs enfants qui ne sont alors que l'objet de leur désir incestueux et fusionnel et se présentent comme des prolongements d'elle-même. L'enfant (fille ou garçon) est maintenu dans un état de dépendance, envahi par la possession maternelle, sans médiation par un tiers de la relation, ce qui ne lui donne pas la possibilité de vivre la séparation (tant cette séparation est insupportable pour la mère). Ces mères "phalliques, intrusives, dévorantes" vivent dans la fusion physique et psychique et se vivent toute-

puissante, se voilant “leur incapacité à vivre le manque que l’enfant doit combler, ainsi que la castration” [87]. Aucune référence au père n’a lieu, qui ne peut alors pas introduire l’interdit fusionnel. Ce type de fonctionnement se retrouve particulièrement dans le cas d’inceste mère - enfant et est psychotisant.

Lawson C. (en 1993) [27], définit différents types d’inceste mère - enfant à distinguer : “l’inceste subtil” (sans forcément de contact sexuel) où la mère veut croire qu’elle répond aux besoins de l’enfant alors qu’elle satisfait ses propres besoins ; “l’inceste par la séduction” en stimulant sexuellement l’enfant par ses comportements (par exemple par des comportements d’exhibition) ; les “comportements visant à la castration (psychologique)” ou à l’humiliation sexuelle de l’enfant ; “les actes sexuels incestueux” proprement dits ; “l’inceste sadique” visant au plaisir sexuel par la maltraitance (sur un plan moral et/ou sur un plan physique).

4°) La question transgénérationnelle de l’inceste :

a) aspect théorico-clinique :

L’inceste est un symptôme d’un dysfonctionnement familial. Ce dysfonctionnement existe par rapport à la loi. Il y a confusion des rôles et des générations au sein du foyer familial, sans cette loi organisatrice.

Deux éléments sont primordiaux dans la question de la répétition. C’est à la fois la qualité de la relation d’objet proposé à l’enfant par l’abuseur, mais aussi par l’autre parent dans les situations d’abus intrafamiliaux, et le processus d’identification que cette relation favorise.

Sur un plan clinique, l’analyse des familles où les relations incestueuses semblent se répéter génération après génération amène à cette question. C’est notamment, par l’étude du génogramme que l’on pourra repérer que cet enfant ou cet adolescent qui a été abusé sexuellement par son père, a une mère qui a elle-même

subi le même traumatisme, comme sa propre mère. De même, on peut repérer des notions d'abus sexuels, voire de maltraitance et de carence dans les deux familles, du côté paternel et maternel.

En effet, l'enfant reste dépositaire du passé des parents, dans leurs histoires éventuellement traumatiques précoces et itératives, et les parents fixés à leur propre dépendance infantile douloureuse, emprisonnent l'enfant dans le même "traumatique". D. Agostini [2] évoque, par rapport à la maltraitance, "l'enfance occultée des parents (qui) enferme ainsi parents et enfants dans une *gangue généalogique*, une enveloppe de répétition prédatrice des racines-émotions et donc des individualités distinctes : la maltraitance vole l'établissement des différences générationnelles, sexuelles et émotionnelles. Chaque membre de ces familles spoliées de tiers secourables-compréhensifs est une partie de l'autre, un *Autre-Même* méconnu et réprimé". En absence d'intervention extérieure adéquate, le mécanisme de défense par identification à l'agresseur devient pour l'enfant le "seul recours possible face à une souffrance psychique impossible" [2] et est actif dans la transmission transgénérationnelle des traumatismes. D. Agostini évoque l'identification à l'agresseur "sous l'angle de l'idéalisation de la dévitalisation" [2]. Il parle aussi d'un "mur interne d'incompréhension" qui barre le développement de l'enfant, évoquant par cette image l'internalisation de la cellule familiale dans laquelle l'enfant est emprisonné.

Il est reconnu que les carences affectives précoces produisent des distorsions dans les relations de triangulation entre l'enfant et ses parents et qu'elles feraient le lit de l'inceste. La triangulation, servant de pare-excitation à l'enfant, est un processus qui s'installe précocement. Dans les familles où l'inceste est réalisé, l'enfant ne retrouve pas dans sa relation à ses parents ce qui correspondrait au mouvement naturel de son développement. Les carences précoces entraînent une difficulté de séparation - individuation, avec enfermement de l'objet d'amour dans un cercle clos, sans élaboration mentale, au niveau d'une sensualité primitive. L'enfant est ici la possession des parents et n'est pas perçu comme "un sujet ayant en propre des besoins et des désirs".

Les situations de carences maternelles répétitives s'inscrivent dans ce tableau. Ainsi certaines mères d'enfants abusés sexuellement décrivent leur propre mère comme froide et distante. Elles n'ont pas pu s'identifier à un modèle maternel suffisamment sécurisant et sont distantes avec leurs propres enfants. Elles leur laissent le plus souvent une très grande autonomie dès leur plus jeune âge. Ces relations peuvent alors augmenter la quête affective de l'enfant vis-à-vis de son père. Dans la situation où le père a lui-même subi des carences, il peut être en difficulté pour tenir son rôle de tiers et réagir de façon inadaptée face aux demandes de compensation de la part de l'enfant.

Cette quête affective peut exister de même vis-à-vis d'adultes extérieurs à la famille, dans des situations d'abus sexuels extrafamiliaux.

Dans ces histoires familiales de maltraitance et d'abus sexuel, l'enfant symbolise tour à tour pour le parent, l'enfant maltraité ou abusé qu'il a été lui-même, et le parent maltraitant ou abuseur. Le parent construit sa relation d'attachement avec son enfant en répétant les modes de relation qu'il a connu. Le risque est alors grand pour l'enfant de reproduire à nouveau ce mode relationnel.

Sur un plan psychopathologique, B. Papazian [82] cite "la culpabilité inconsciente et l'identification à l'agresseur" comme les agents principaux de la transmission transgénérationnelle des abus sexuels ou physiques". L'enfant abusé doit pour continuer à vivre cliver l'objet parental, ce qui permet à "la partie hostile (de s'éclipser) sous l'effet de la dépendance et de la régression".

Conceptuellement, le moi de la victime, poussé par l'angoisse et le désespoir, s'identifie à l'agresseur en assimilant les caractéristiques de la position menaçante et dominante que représente l'agresseur. Pour cet auteur, cela suppose "une fragmentation du lien self-objet et un fusionnement avec la partie hostile dont le moi peut masochiquement se prévaloir et le surmoi sadiquement" (le moi, en s'appropriant cette partie hostile, se constituerait partiellement en surmoi, s'administrant alors la pression agressive de façon autonome ; Papazian B. parle d'identification surmoïque). Cela se traduit alors en un retournement de l'agressivité sur soi-même, passant de la position du dominé au dominant, de l'abusé à l'abuseur.

À la génération suivante, lorsque les rôles s'inversent, cette culpabilité inconsciente privée de l'objet haï (l'agresseur introjecté) resurgit et s'agit sur les nouvelles victimes "projectivement identifiées" par réactualisation du phénomène d'identification à l'agresseur [82].

La répétition transgénérationnelle des violences pourrait également servir d'abréaction des violences anciennement subies pour l'adulte [82].

Crivillé A. [27] précise pourtant la complexité des phénomènes et que la répétition des comportements ne se fait pas sur un modèle linéaire. Il insiste sur "le jeu des identifications" qui représente l'intériorisation de ce que la relation parentale représente pour l'enfant. Ainsi à côté des comportements, ce que perçoit l'enfant de la culpabilité ou non de l'adulte, de la manipulation, de la prise en compte de ses besoins, de sa position dans le couple parental, mais aussi de la réponse que l'autre parent va apporter aura une incidence évidente sur son développement ultérieur par les identifications conscientes et inconscientes que la relation génère.

Ce même auteur insiste dans son étude sur ce qu'il appelle les "pourcentages complémentaires" des pourcentages considérés comme significatifs, qui représenteraient ici le pourcentage des parents abuseurs qui n'ont pas eux-mêmes été victimes dans l'enfance. Citant D. Finkelhor, A. Crivillé évoquent certaines études qui amèneraient à penser que des adultes, anciennes victimes de parents abuseurs, seraient plus à même de repérer ce problème pour leurs enfants et donc de les protéger, contrairement à ce qui est admis en général.

b) Incidence de la question transgénérationnelle et de la psychopathologie des parents :

Martine Lamour définit des nourrissons dits à "haut risque" [68].

Ce "haut risque" est souvent défini par la psychopathologie familiale dans le cas de carence affective précoce des parents tel précisé ci-dessus, mais aussi dans le cas de parents présentant des pathologies psychiatriques notamment des psychoses chroniques, des dépressions, l'éthylisme chronique, la toxicomanie, ...

Le danger est double : l'exposition de l'enfant à la pathologie psychiatrique du parent présente un danger psychologique, qui s'ajoute à un danger physique voire vital devant l'inadéquation des soins aux besoins du bébé, ou devant des négligences voire des maltraitances. De plus, l'étude des interactions familiales montrerait qu'il s'instaure un mode de relation analogue du bébé avec son père et avec sa mère, même en cas de pathologie seulement de la mère.

A noter que les facteurs de risque de perturbations des interactions peuvent également se situer du côté de l'enfant, notamment du fait de malformations ou de maladies du nouveau-né, de prématurité, de certaines difficultés et caractéristiques du tempérament. Ces éléments auront bien sûr un impact très différent selon les familles.

En effet, les interactions comportementales dépendent des interactions fantasmatiques entre la vie psychique du nouveau-né et de ses parents. Dans le cas de difficultés précoces, le mode de relation s'articule sur un mode inadéquat.

Le risque est grand alors que l'enfant qui apprend ce mode relationnel et perçoit pour loi que l'adulte est tout puissant, s'ajuste progressivement aux besoins de l'adulte, s'adapte à la pathologie du parent, s'autorégule lui-même, en apparence passif, mais surtout hypervigile et hypersensible aux sollicitations de l'adulte (jusqu'à la relation inversée d'hypermaturité). Il s'installe progressivement dans cette relation fermée et auto-entretenu avec l'adulte. Ce mode de relation pathologique mais privilégiée pourra à nouveau être sollicité auprès d'autres adultes ultérieurement.

C'est la perturbation des interactions précoces parents-nouveau-né, articulées à ces trois niveaux : comportemental, affectif, et fantasmatique, qui provoquent ces situations à risque de maltraitance et d'abus sexuel.

Ceci a bien sûr une incidence quant à la prévention des abus sexuels et de la maltraitance. De tels facteurs de risque décelés, permettent d'envisager précocement une prise en charge adaptée, par exemple des soins à temps partiels pour les jeunes enfants, assortie d'une prise en charge psychologique mère-bébé. Le plus souvent la

demande de prise en charge émane plutôt des services médico-sociaux que des parents eux-mêmes, ce qui ne simplifie pas la prise en charge.

5°) Climat incestuel :

Il n'y a pas de passage à l'acte incestueux à proprement parler.

L'incestuel existe en dehors de l'acte sexuel, dans des équivalents. P-C. Racamier le définit par "ce qui, dans la vie psychique individuelle et familiale, porte l'empreinte de l'inceste non-fantasmé, sans qu'en soient nécessairement accomplies les formes génitales". Il précise que : "Si l'inceste éclate, l'entourage en assourdira le vacarme. Si l'incestualité s'aménage, cette organisation elle-même sera sourde et inapparente, mais d'autant plus tenace ; souterraine et secrète, mais d'autant plus résistante. Au demeurant, jamais individuelle, mais au moins duelle et le plus souvent familiale" [86]. Ici il n'y a pas d'agresseur et de victime, il y a une certaine "connivence" entre les protagonistes. "L'influence incestuelle" imprègne l'organisation intrapsychique individuelle, la relation interpsychique et plus largement les relations familiales, dans leur dimension transgénérationnelle.

P-C. Racamier ajoute : "l'inceste dans une génération induit des ravages incestuels dans les générations suivantes" [86], évoquant par là, la séduction narcissique interminable qui devient dissymétrique et se répercute au fil des générations.

Il peut alors exister de la part du père (ou de son équivalent) des sollicitations imperceptibles, éventuellement à caractère ou à connotation sexuelle, des comportements de séduction inappropriés, de contrôle de la vie privée, voire de la vie sexuelle, des éléments évoquant une confusion des générations, ...

L'ensemble de ces attitudes et sollicitations entraîne, le plus souvent chez l'adolescent, un sentiment de confusion douloureuse, autour notamment des repères transgénérationnelles.

L'incestuel est plus difficile à repérer. Le thérapeute percevra parfois ce "secret", cette confusion dans des attitudes ou des comportements énigmatiques qui se jouent dans les interactions familiales [19].

C / LES SITUATIONS D'ABUS SEXUELS EXTRAFAMILIAUX :

Certaines situations se rapprochent des situations sus-citées par le lien qui unit l'enfant ou l'adolescent à son agresseur. Ainsi L. Razon [87] définit l'inceste comme "un acte de transgression commis sur le corps d'une personne avec laquelle il existe une relation de parenté juridique ou psychique, c'est-à-dire un lien de sang et/ou un lien symbolique".

D'autres cas sont le fait de pédophile paraissant totalement extérieur à l'environnement, bien que plus rare.

Ce qui reste primordial est d'analyser, ce qui a permis de tels abus, quelles sont éventuellement les carences sous-jacentes (qui vont rendre l'enfant plus vulnérable face à un pervers, du fait du manque à combler), quelles positions vont prendre la famille en cas de révélation, quelle est la sécurité de l'enfant dans sa famille et comment et par qui il va être protégé, quel sens va prendre le traumatisme dans son histoire, quel est le fonctionnement de la famille par rapport à la sexualité,...

Ainsi dans ces situations d'abus sexuels extrafamiliaux, la question de la "complicité" peut se poser de façon non consciente à l'encontre du ou des parents de l'enfant agressé. Elle se situe au niveau de la fonction protectrice des parents. L'agresseur externe ou interne à la famille trouve l'acte transgressif facilité par le manque de défenses externes (de la part des parents directement) et de défenses internes (que les parents permettent de construire) de l'enfant. La part de la sexualité dans la relation parent-enfant a ici aussi sa place, car elle ne concerne pas seulement l'agresseur, mais aussi ceux qui facilitent ou ne font pas obstacle à la transgression.

Ces situations amènent probablement à des réflexions similaires aux abus intrafamiliaux sur un plan psychopathologique en fonction des cas.

La question de la protection administrative et judiciaire sera le plus souvent simplifiée dans la mesure où elle n'entraînera pas de démantèlement familial, ce qui peut limiter l'impact des facteurs externes inhérents notamment à la prise en charge.

DISCUSSION

INTERROGATIONS, RÉFLEXIONS, ET POSITIONNEMENT DES SOIGNANTS AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE :

Après avoir exposé l'enfant dans la société, avoir situé la question de la maltraitance et des abus sexuels par rapport au cadre judiciaire et à la protection de l'enfant, il est important de réfléchir à la place des soignants et plus particulièrement du psychiatre dans cette question, au vu des différents éléments cliniques et psychopathologiques.

Il est bien évident qu'en tant que citoyen, puis en tant que médecin, le psychiatre d'enfant, d'adolescent et d'adulte est soumis au même loi que tout un chacun.

Pourtant, la vraie question à travailler reste bien la place de l'enfant, de l'adolescent en tant que sujet, son évolution et son développement psychique harmonieux. Il est alors inévitablement nécessaire de se décaler de la position de "l'enfant en tant que victime seulement", telle décrit sur le plan de la justice, qui ne peut laisser de place à la réflexion et à l'élaboration du traumatisme en tant qu'événement de vie, douloureux certes mais événement de vie tout de même, qui fera quoi qu'il arrive toujours parti de l'histoire du sujet et qui s'inscrit non seulement dans une histoire individuelle, mais aussi dans une histoire familiale avec ses fonctionnements et ses dysfonctionnements. Ceci s'inscrit dans une optique préventive des conséquences psychopathologiques individuelles et dans une dimension préventive transgénérationnelle.

I / QUELLE PLACE POUR CHACUN ?

Cette question permet de réfléchir à la position et au fonctionnement du thérapeute et des différents intervenants auprès du sujet, confrontés à ces situations d'abus sexuels. Les positions extrêmes particulièrement iatrogènes sont de deux ordres. Face à une révélation d'abus sexuel d'un enfant ou d'un adolescent, envisager la question sur un plan essentiellement judiciaire, en ne s'attachant qu'à la question de la véracité de l'allégation, à la protection de l'enfant "coûte que coûte" peut se montrer extrêmement préjudiciable sur le plan psychique pour l'enfant (et conduire même à la rétractation de la révélation par l'enfant, pris dans un conflit de loyauté, qu'il faut pouvoir respecter) ; tout comme l'inverse, à savoir laisser un enfant qui fait une révélation d'abus sans réponse au sens de "ne pas entendre la souffrance et ne pas se montrer prêt réellement à lui apporter ou à permettre de lui apporter de l'aide" est tout aussi délétère, voire condamnable.

Les différents travaux et recherches tant médicopsychologiques, que sociojudiciaires montrent que la situation est bien connue et que la question n'en est probablement plus là.

Pourtant dans la pratique clinique, la question reste toujours très vive. On n'accueille jamais de telles révélations, de telles histoires sordides sans être sidéré sur le plan psychique. Comment faire pour garder sa capacité à penser face à de telles situations ? Comment ne pas être à notre tour dans l'agir ? Comment permettre que les règles et les lois fondamentales soient maintenues, mais surtout intégrées dans une perspective dynamique et identificatoire, qui assure une continuité du développement et de l'évolution psychique, garant d'une autonomisation future ou en cours ?

Un préalable nécessaire est de repérer qu'elle est ou peut être la position de chacun. En effet, face à ces situations, plusieurs domaines sont concernés qui s'appuient sur des paramètres très différents.

A/ LE JUDICIAIRE DANS LA PRISE EN CHARGE AU SENS LARGE :

Sur le plan judiciaire, la mission du juge est de recevoir des informations ou des signalements, de mettre en place différentes mesures afin de vérifier, d'authentifier ou d'infirmer les éléments rapportés. La justice se situe donc à l'interface entre l'abuseur et l'abusé et va devoir prendre une décision en fonction des preuves qui existent (et qui sont parfois bien difficiles à établir). Bon nombre de situations ne vont donc pas être suivies d'action sur le plan judiciaire et pénal, si l'on entend par là la désignation d'un coupable et d'une victime et une sanction éventuelle en lien avec cette infraction. D'après certaines études, seulement 10 à 15% des situations permettraient d'apporter des preuves de certitude au sens de la loi, en l'absence d'aveu de l'agresseur [54].

Néanmoins, la justice qui se réfère à la loi se positionne en tiers dans ce couple abusé-abuseur, en redisant les interdits que sont la prohibition de l'inceste, et la condamnation des rapports sexuels entre adulte et mineur. En ce sens, elle revêt toute son importance comme les autres lois et règles qui régissent l'ensemble des rapports sociaux en s'appuyant sur une certaine morale collective qui permet en quelque sorte le fonctionnement d'une société, que l'on peut ramener à une famille (dysfonctionnement familial dans l'inceste).

La justice a donc une mission auprès de l'individu sur un plan collectif, c'est-à-dire en tant que "faisant parti d'un groupe social", avec une place qui lui est réservée. Ici l'enfant est d'abord un "mineur" au sens de la loi, à savoir un sujet incapable de consentir à des relations sexuelles (au sens pénal, avant 15 ans), devant être protégé (la loi ne reconnaît aucune vie sexuelle à l'enfant avant l'âge de 15 ans, punissant toutes les relations sexuelles avec un mineur de 15 ans [58]). La justice fait régner l'ordre préétabli, rappelle les règles (et peut permettre de soulager partiellement la culpabilité et la honte).

Ceci amène à certaines réflexions et questionnements au sein des différentes structures de soins notamment de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Ces

questionnements sur le rapport à la loi, la place à faire au judiciaire dans la prise en charge embolissent bon nombre des réunions de synthèse clinique des patients victimes d'abus sexuel, dans les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie prenant en charge des adolescents et de jeunes adultes. Ces situations déclenchent des réflexions parfois passionnelles, ou au moins vives, de la part des différents intervenants, entre ceux qui se "couvrent" derrière le judiciaire et les obligations de la loi et ceux qui à l'inverse "tempèrent", parfois trop au risque de devenir complice. Cette question dérange, empêche de penser, clive. De façon très caricaturale, l'idée pourrait être, dans les situations où la loi n'impose pas la révélation, c'est-à-dire en absence de danger imminent ou de risque de récurrence sur le sujet ou d'autres mineurs, "à quoi bon porter plainte en justice à propos de tels événements puisque dans bon nombre de situations le tribunal statue sur un non lieu". Par cette réflexion, le thérapeute se substituerait alors en quelque sorte à la justice et sortirait alors de son champ d'exercice professionnel.

* Serait-ce laisser alors croire que la mission du judiciaire est d'apporter du soin? Comment articuler ces différentes positions qui parfois peuvent paraître s'opposer ?

A côté des situations où la loi impose la révélation à la justice, il en existe certaines où il est probablement important que l'adolescent puisse avoir l'opportunité de porter plainte et l'information peut être donnée par le psychiatre ou un autre acteur médicosocial au sein de l'équipe, afin de pouvoir intégrer les droits de chacun et la référence à la loi. Dans l'idéal, il est intéressant que l'adolescent puisse prendre position et porter plainte lui-même. Et pourtant même dans cette situation, est-il vraiment libre et autonome ? Ne risque-t-il pas de quitter une emprise insupportable de son agresseur et plus particulièrement de ses parents dans les situations d'inceste, pour l'emprise des soignants en prenant la position du bon patient ?

La question est bien comment préparer et aider l'adolescent et le jeune adulte dans cette démarche, en gardant toujours en tête nos propres représentations et ce que nous induisons dans cette relation.

Probablement que nous ne pouvons pas réfléchir en tout blanc ou en tout noir. La question judiciaire ne nous appartient pas et est une réalité indispensable. C'est un allier objectif ; même si les lois sont forcément "imparfaites", elles évoluent avec notamment, comme citées plus haut, l'obligation au magistrat (procureur de la République) de motiver et de notifier par écrit à la victime sa décision de classement sans suite (ce qui donne une limite aux passages à l'acte) et la possibilité pour la personne abusée de porter plainte vingt ans après sa majorité civile, ce qui permet probablement de différencier les différents temps de prise en charge tant thérapeutique que judiciaire.

N'est-ce-pas d'abord à nous en tant que thérapeutes de laisser à cette question du judiciaire sa juste place, celle avant tout de nommer l'interdit, et d'être le plus au clair possible pour pouvoir dans la relation thérapeutique aider le patient à se décaler d'une position extrême qui le conduirait à prendre une position passive de victime où tout serait figé sur le plan psychique, à se décaler d'une vision linéaire qui serait celle de la nécessité de trouver un coupable, un fautif et de le condamner pour que la victime puisse être soulagée. Ce serait totalement nier l'existence des interactions intra et interpsychiques. Comment l'enfant, devenu adolescent puis adulte, va être capable de garder une cohérence psychique au vu de ses événements de vie, tout en intégrant ces règles et lois qui sont bafouées dans les situations d'abus sexuels tant intra que extrafamiliaux ?

B/ LA PRISE EN CHARGE DANS UN CADRE MÉDICAL :

Dans un cadre médical et pour les différents intervenants qui interviennent auprès de l'enfant, de sa santé et de son éducation, la mission est de le protéger et de lui assurer des soins, qui permettent de réunir les meilleures conditions possibles pour son développement physique et psychique et pour lui permettre par ses acquisitions d'arriver à un certain savoir individuel et collectif.

Il ne s'agit en aucun cas de créer une scission entre les différents intervenants de l'équipe pluridisciplinaire, même si certaines particularités sont évoquées ci-dessous, situations d'ailleurs qui n'envisagent pas l'ensemble des intervenants. En effet, la notion de "soignants" englobe de nombreux corps de métier et il serait probablement inintéressant de définir les éléments en terme de fonction. La question est en effet bien plus large et a plus à voir avec la représentation de chacun, les relations intersubjectives entre soignant et soigné, et pas seulement dans le transfert entre le patient et le psychiatre. Ceci paraît intéressant pour permettre à chaque intervenant de prendre un recul nécessaire par rapport à la situation, afin de pouvoir être éventuellement aidant.

Il n'en reste pas moins que chacun dans sa fonction et pour sa mission particulière auprès d'un enfant dans une situation donnée va devoir penser puis agir de façon appropriée et spécifique.

1°) Le pédiatre :

Ainsi le pédiatre va avoir un rôle important par son examen clinique et les différents éléments qui lui sont révélés. En s'aidant si besoin d'une hospitalisation et dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire, il va étayer ses suspicions et faire si besoin est, un signalement, après avoir rencontré les différents membres de la famille pour évaluer l'ensemble de la situation.

Ce signalement, dans les meilleurs des cas, pourra permettre une enquête et des examens complémentaires, notamment un examen clinique gynécologique et des prélèvements, par des personnes expérimentées, éventuellement sur réquisition du juge. Ceci s'organise dans le cadre de recherche de preuves au sens judiciaire.

2°) Le psychiatre :

La place du psychiatre, dans ce cadre médical d'une hospitalisation en pédiatrie, va être autre et complémentaire. Elle varie également en fonction de la

mission auprès de l'enfant. Dans le cas d'une hospitalisation (telle la situation de G, ci-après) le psychiatre n'intervient pas en tant que psychothérapeute à proprement parler. Il doit ici pouvoir évaluer la symptomatologie le plus souvent bruyante, qui reflète aussi souvent non pas la réaction au traumatisme, mais bien la réaction à la révélation de ce traumatisme. L'enfant dans cette situation a organisé de façon inconsciente, mais aussi consciente, des aménagements défensifs, afin de pouvoir continuer à vivre, à côté et avec ces abus qui sont à la fois source d'effroi, mais aussi d'excitations pulsionnelles. La révélation vient bouleverser et déborder ses défenses.

Le psychiatre a bien sûr sa place dans la question du signalement qui est pluridisciplinaire, mais lors des entretiens il doit également sortir de cette position afin de pouvoir permettre à l'enfant à la fois d'exprimer à son rythme non seulement ce qui s'est passé, mais ici surtout ce qu'il ressent, ce qu'il perçoit, les constructions qu'il a pu faire. L'important est ici moins la réalité des faits que la réalité psychique de l'enfant. En effet, la gravité du traumatisme réel sur un plan judiciaire, ne va pas toujours être parallèle et proportionnelle à l'intensité du traumatisme perçu. De nombreux éléments entrent en ligne de compte. Bien sûr, les éléments externes au sujet ont leur importance, à savoir le type de lien entre l'abusé et l'abuseur, les violences associées, mais aussi l'environnement familial, la présence d'autres personnes ressources,... L'âge de l'enfant, la qualité des interactions précoces avec ses parents, la sécurité interne qu'il a pu acquérir le seront tout autant. Il est important de repérer quelles ressources l'enfant a su trouver pour continuer à se développer, sur quelles images internes, il a pu s'étayer, mais aussi sur quelles personnes, il peut s'appuyer.

L'importance du rythme de l'entretien, comme de la prise en charge, est majeure. Bien sûr, il faut pouvoir dire à l'enfant à ce moment qu'il n'est pas coupable et que tel fait est interdit par la loi, mais cela ne suffit pas. L'écoute attentive, empathique permet de laisser l'enfant exprimer ses peurs mais aussi sa culpabilité, sa honte, ce qui serait court-circuité par une réponse trop hâtive de l'adulte, qui peut avoir ainsi tendance à se rassurer : trouver un coupable, c'est décaler le problème sur l'autre, mais c'est aussi court-circuiter la parole de l'enfant qui a beaucoup à dire de ce qu'il a vécu.

Ceci ne peut être que le préambule à une prise en charge psychothérapeutique ultérieure.

3°) Illustration clinique :

vignette clinique : A

A a 11 ans.

Elle est l'aînée d'une fratrie de 4 enfants. Son père (33 ans) est décrit comme impulsif et très anxieux. C'est un ancien alcoolique, actuellement sevré. Sa mère (30 ans) a elle aussi arrêté l'exogénose chronique. Les disputes intraconjugales étaient majeures l'année dernière, avec d'après l'enfant, une amélioration actuellement.

A présente un retard scolaire (a redoublé son CP, puis 3 ans de perfectionnement et entre prochainement en 1^{ère} SEGPA). Les difficultés d'apprentissage se situent principalement au niveau de la lecture et de l'écriture. Elle se décrit comme assez isolée et a peu de copains et de copines à l'école (elle est parfois le souffre-douleur). Elle n'a pas d'amie privilégiée. Elle joue peu avec ses frères et sœurs, ne se confie pas.

Elle est hospitalisée dans les suites d'une consultation demandée en urgence, devant la révélation d'attouchements sexuels de la part d'un ami de la famille. Elle a fait la révélation à son père, sa mère et sa tante. Elle vient de passer la nuit précédente chez une amie de sa tante, car le père était, dit-il, trop angoissé par la révélation de sa fille. Elle vient à la consultation avec son oncle et sa tante.

À son arrivée, elle présente une symptomatologie anxieuse majeure. Elle présente des troubles du sommeil très importants surtout depuis la révélation avec des cauchemars (meurtres sanglants par son agresseur de ceux qui peuvent la protéger, à savoir l'oncle et ses chiens). Elle évoque son agressivité plus importante, depuis plusieurs mois, "depuis ce qui s'est produit", notamment à type d'agressivité à l'encontre de ses frères et sœurs, et d'autoagressivité ("tape dans les murs").

Elle se sent très menacée par son agresseur : "il me disait que j'étais complice, que si je le disais à mon père, ma mère et moi on serait à la rue" ; il lui aurait dit avoir déjà fait 14 ans de prison car il avait tué une petite fille de son âge.

Elle connaît son agresseur qu'elle prénomme ou appelle par son nom de famille le plus souvent. Il a lui-même une compagne et 4 enfants et est ami proche de la famille depuis un an à peine. Elle évoque une relation extraconjugale de sa mère avec cet homme à l'insu de son père, qui ne serait au moment de la révélation, toujours pas au courant.

A évoque tout d'abord des attouchements depuis plusieurs mois sans précision, qui ont eu lieu au domicile de ses parents, à son propre domicile, en rentrant de l'école. Dans le premier entretien, elle évoque qu'il y a "autre chose" dont elle ne peut pas parler.

À noter, qu'une plainte avait été portée à la gendarmerie un mois plus tôt par des voisins du camping où les deux familles étaient en vacances, devant des comportements inadaptés de cet homme avec A (qui se promenait avec A main dans la main, avait été surpris embrassant la fillette,...). A avait été entendue par la gendarmerie, mais avait nié les faits, par peur des représailles, dit-elle.

Après le premier entretien, elle se montre plus apaisée et peut se dire rassurée par l'hôpital. A évoque un soulagement d'avoir parlé et notamment d'avoir moins peur de son père maintenant qu'il sait la vérité.

Lors du 2^{ème} entretien le lendemain, A précise les agressions qu'elle a subi, avec une forte résurgence anxieuse. Elle peut s'aider de dessins. A évoque des abus répétés qui s'installent progressivement et de façon régulière. Elle évoque des sentiments tendres pour cet homme, "avant qu'il fasse ça". Les relations sont devenues de plus en plus contraignantes, pour s'accompagner progressivement de brimades et menaces diverses, voire d'une certaine violence, à côté de la manipulation.

Lors des entretiens, il lui est précisé que certains éléments de son discours ne pourront pas être tenu secret et feront l'objet d'un signalement à la justice, devant l'effraction qu'ils représentent à la loi et leur gravité. Ainsi, nous convenons de faire un entretien conjoint avec le pédiatre qui a reçu A initialement et l'a examinée, afin de donner les éléments pour la justice et de le différencier des entretiens psychologiques.

La symptomatologie initialement bruyante s'amende progressivement pendant la courte hospitalisation.

Pendant l'hospitalisation, le père est vu en entretien. Il se montre effondré par la situation et peut verbaliser ses angoisses. Il se décrit lui-même comme nerveux et impulsif. Il évoque à posteriori l'attitude inadaptée de l'homme qui a agressé sa fille, la plainte déposée par les voisins, le fait qu'il n'appréciait pas les différents cadeaux que cet homme faisait à A (qu'il vivait plutôt comme une façon de le diminuer lui en tant que père qui ne pouvait pas offrir de tels présents à sa fille). Spontanément, il n'envisage pas de porter plainte pour sa fille, attendant "les preuves" que représentent pour lui l'examen gynécologique. La décision de faire un signalement judiciaire lui est signifiée.

Le lendemain, la mère également est rencontrée en entretien. Elle peut exprimer sa culpabilité par rapport à sa relation extraconjugale et à sa fille. Elle vient d'annoncer à son mari cette relation. Elle évoque avec nous son enfance difficile émaillée de carences, de ruptures multiples et de violences sexuelles de la part de son père. Il semble qu'elle n'ait jamais parlé de cet élément à un professionnel, mais l'aurait dit à son amant. Elle peut prendre conscience de ses difficultés et prend les coordonnées pour un suivi personnel. Elle nous annonce leur démarche avec son mari d'avoir porté plainte.

Le signalement est fait à la justice après 48 heures d'hospitalisation. La brigade des mineurs rencontre A dans le cadre (rassurant pour A) de l'hospitalisation, et peut cette fois-ci faire une déposition complète des abus sexuels subis. L'examen gynécologique est requis. Devant les éléments concordants, l'agresseur est mis en garde à vue le soir même.

A sort de l'hôpital à J5.

Un contact téléphonique est pris avec la psychologue qui la suit depuis quelques mois pour le retard scolaire et l'agressivité, et que A souhaite continuer à voir. Elle continuera la prise en charge.

La mère a pu prendre rendez-vous pour elle au Centre Médico Psychologique, à la suite du dernier entretien.

Les parents sont revus avec A à la sortie et un nouveau rendez-vous conjoint est

prévu dans 15 jours. La famille et A sont assurées de notre disponibilité.

Discussion :

Plusieurs éléments sont intéressants dans ce cas clinique.

En effet, il s'agit d'une situation à priori bien conduite, ayant permis rapidement de faire le signalement et d'apporter un diagnostic. La prise en charge pluridisciplinaire et complémentaire semble ici bien fonctionner (au moment de la "crise" de la révélation de ce traumatisme) et a permis rapidement une évaluation de la situation et l'amélioration des symptômes bruyants de A, assortie d'un début de prise en charge de la famille. La mission de l'équipe pluridisciplinaire de pédiatrie paraît bien standardisée et potentiellement efficace, dans cette situation.

Cette situation ne permettait en effet pas de doute, ni même au sens de la justice dans la mesure où les examens cliniques ont permis d'apporter des preuves. Par ailleurs, le fait qu'il s'agisse de l'amant de la mère et non pas d'un membre de la famille simplifie considérablement l'évaluation, mais aussi l'action (le signalement) des soignants.

La consultation à 15 jours et les différents relais organisés laissent à penser qu'au moins sur le moment A avait retrouvé une vie tranquille, sans symptômes majeurs, même s'il persistait une peur importante de devoir un jour rencontrer son agresseur. De même, une fois la sidération passée, les parents avaient mieux pu faire face à la situation et faire les différentes démarches.

Cependant, une fois l'effervescence des premiers jours et la "mise à l'abri" de A par rapport à son agresseur, de nombreuses questions se soulèvent. Qu'est ce qui dans cette famille a permis que cette situation d'abus soit possible ? Qu'est ce qui fait qu'une telle situation d'emprise s'installe, que ce soit pour la mère ou pour la fillette ? Quel "rôle" joue la mère dans ces abus sexuels ? Qu'est ce qui fait que le père démissionne de son rôle d'époux par rapport à sa femme, et de père par rapport à sa fille ne se montrant pas dans la capacité de la protéger, et que même après la révélation (et ici la preuve du sévice) le père envisage pour aider sa fille qu'un de ses amis aille la chercher à l'école ! La carence est bien ici au premier plan, tant du côté de la mère que du père, à côté de la dimension transgénérationnelle de l'abus.

Le père de A a déjà été suivi, notamment par rapport à son alcoolisme chronique. Il apparaît comme un homme à la fois impulsif et anxieux. Il n'a apparemment plus de contact avec sa famille, et décrit des carences affectives dans l'enfance.

La mère de A évoque aussi des carences dans son enfance et des violences de la part de son père. Les difficultés de couple l'amènent à chercher du réconfort auprès de cet homme. Dès lors, la relation extraconjugale sera régulière, le plus souvent à son domicile, quand le mari est absent. Ainsi, A peut dire qu'elle avait perçu cette relation très tôt, puisqu'elle a lieu quand A est aussi au domicile. A est ainsi témoin de la sexualité de sa mère et doit garder ce secret vis-à-vis de son père. Les abus sexuels à l'égard de A s'organisent de façon insidieuse et s'articulent autour de ce secret et du mensonge. L'homme qui l'agresse, utilisera aussi le traumatisme ancien de la mère de A pour la manipuler (lui annonçant le secret que son amante, la mère de A, lui avait confié, et rationalisant ainsi ses actes). A peut dire qu'elle aimait bien cet homme au début qui était tendre avec elle, et qui lui apportait l'attention qu'elle n'avait probablement pas dans cette famille de 4 enfants avec trois autres en bas âge. Elle est l'aînée,

paraît assez mature et se dit proche de sa mère. Progressivement, la relation d'abus s'installe donc avec des relations de proximité de plus en plus érotisées, "l'achat" de A par différents cadeaux, jusqu'aux attouchements. Ses relations ont lieu aussi quand la mère est là, sans sa participation directe, mais "dès qu'elle a le dos tourné". Les relations de A avec cet homme deviennent de plus en plus fréquentes (au domicile, au domicile de l'abuseur qui va la chercher à la sortie de l'école, ...) et contraignantes, puisque menaçant, il la pince ou la dispute quand elle regarde des garçons de son âge, la contraint à passer une bonne partie de son temps avec lui, supportant de moins en moins les frustrations et les refus de la jeune fille. De même, les menaces sont utilisées tant pour A, que pour sa mère, liant les protagonistes dans un secret et un mensonge, A et sa mère partageant cette terreur que le père l'apprenne. La place des secrets et des non-dits est primordiale dans cette situation.

Par sa relation extraconjugale, la mère nie le rôle de son mari et bafoue son autorité de père de famille. La situation de carence l'amène à trouver réconfort auprès d'un homme, dont elle devient totalement dépendante et dont elle ne pourra pas se séparer, sacrifiant sa fille à ses assauts. Sa complicité, au moins passive, paraît évidente. À l'extrême, ne peut-on pas parler de relation incestueuse, dans la mesure où cet homme, par le choix de la mère, vient prendre la place du père : il se substitue à l'époux, la mère bafoue ainsi l'autorité du père qui est totalement évincé, cet homme vient prendre dans la réalité la place du père dans la maison en son absence et prend en charge A, avec au début un comportement pseudo-paternel, tendre et protecteur (le père dira, "il lui payait ce que j'aurais dû lui payer moi et qu'elle n'avait pas", des vêtements, une montre ; avant de faire des cadeaux de plus en plus importants).

Le père est totalement perdu au moment de la révélation, au point d'à nouveau ne pas prendre sa place protectrice auprès de sa fille. A révèle les abus, le père effondré ne le supporte pas et demande à ce que son enfant soit hébergé pour la nuit par la famille. On peut comprendre la peur de A de révéler à son père les abus, comme celle d'attirer sa colère sur elle et sur sa mère, mais aussi comme celle d'être reniée (exprimant la honte qu'elle ressent), non protégée (rappelons que dans ses cauchemars, les images protectrices sont "l'oncle et ses chiens" et non pas le père), déçue par son père. Cette place qui lui a été prise, était-il et est-il en mesure de la défendre ?

Ainsi, à partir de ce cas, pris en charge de façon apparemment adéquat, dans l'urgence, il se profile tout le travail qu'il reste à faire. L'abus sexuel de la jeune fille vient révéler tout un dysfonctionnement ici assez caricatural. Le signalement direct à la justice a permis dans l'immédiat de protéger A. On perçoit pourtant que la prévention d'une récurrence dans cette famille ne sera pas faite par la seule incarcération de l'agresseur, et que l'évaluation et une aide psycho-sociale sont indispensables.

4°) La prise en charge, l'équipe pluridisciplinaire et les relais :

La prise en charge initiale adéquate de l'enfant est bien sûr d'une importance majeure, et les premiers entretiens sont primordiaux, dans le message que l'on peut faire passer de notre propre effroi. Ainsi, l'enfant va percevoir la gravité et l'horreur de la situation à partir de ce que nous pouvons lui renvoyer. Travailler cette question, permet de pouvoir laisser passer un message d'espoir et non pas de drame incontournable. L'interdit et la gravité sont nommés, mais notre attitude empathique doit pouvoir être rassurante, étayante, et pouvoir dans le transfert, permettre à l'enfant de s'appuyer sur le soignant et de trouver l'énergie de dépasser le traumatisme. Le regard des soignants, ainsi que les capacités d'aide, de protection et de soins qu'il doit pouvoir percevoir en nous ont donc toutes leurs importances, afin de favoriser ses capacités de résilience.

Pourtant, après cette première phase, l'important va bien être de dépasser ce traumatisme qui fait aussi écran devant une problématique familiale sous-jacente, qui en elle-même peut conduire à des troubles psychologiques ultérieurs et qui n'a pas permis que l'abus ne se produise pas. La prise en charge doit donc pouvoir s'organiser au niveau de la famille tant au niveau médical (relais avec les services de Protection Maternelle et Infantile, médecin généraliste, prise en charge psychothérapique, ...) qu'au niveau social (service de l'Aide Sociale à l'Enfance, assistante sociale de secteur, ...) afin de soutenir cette famille par rapport à l'évènement repéré, mais surtout par rapport à son fonctionnement plus général. Ceci s'inscrit dans un cadre préventif des conséquences psychopathologiques et dans la prévention de la récurrence.

La question de l'efficacité, de la capacité des soignants n'échappent pas aux équipes de pédiatrie ; de même, la question de notre position soignante versus la potentielle iatrogénicité de nos actions, pour reprendre des termes plus médicaux, se pose à tous. En écoutant les puéricultrices et les aides soignantes du service de

pédiatrie qui évoquent des cas cliniques sordides, tel celui d'un garçon de 7 ans abusé par son père, qui hurlait son désespoir d'avoir révélé les graves traumatismes subis, au moment de quitter le service pour être conduit dans un foyer et d'être séparé de ses parents, on repère aisément la sidération toujours présente face à ces actes et la perception intuitive de nos limites. Ces situations font à chaque fois traumatisme chez ces adultes par rapport à leurs propres repères et à leurs représentations. Ceci d'autant plus qu'ils n'ont pas de lieu pour en parler et pour sortir de cette sidération psychique induit par l'incompréhensible, dont ils ne peuvent même pas, au moins par l'agir, se défendre même temporairement et tenter ainsi de lutter contre cette représentation intolérable.

C/ SUR UN PLAN PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOTHÉRAPIQUE :

1°) Chez les enfants :

La prise en charge psychothérapique dans la continuité de ces premiers jours d'urgence, ou en différé selon les situations, va prendre tout son sens. C'est justement permettre une intégration de ce traumatisme dans l'histoire du sujet, lui donner justement un sens, travailler avec ses représentations et lui permettre tout en repérant les dysfonctionnements, de pouvoir s'identifier et de continuer à évoluer.

Ainsi le discours se décale de "l'image du mineur victime" qu'il faut protéger à celui d'un enfant ayant vécu un traumatisme qu'il faut soutenir pour lui permettre de sortir et d'élaborer, ce qui est incompréhensible pour lui. La temporalité est toute différente et ne peut s'inscrire dans celle de l'instant présent, dans celle de la révélation de l'abus, où tout va très vite afin de protéger l'enfant ... de l'extérieur, en posant des limites externes qui ne risquent d'être que prothétiques.

Tout reste à faire ainsi sur le plan psychologique et psychothérapeutique, par rapport à la question des limites et des capacités internes, notamment dans un cadre

préventif, afin de chercher à anticiper la répétition et les phénomènes transgénérationnelles et à préserver autant que possible du handicap. Ce qui fait et a fait souffrir l'enfant prendra en effet une tout autre valeur probablement au cours de son évolution et de sa vie. Ainsi la puberté, comme d'autre moment fort de son existence, donnera un autre sens à ce qui a été vécu.

2°) chez les adolescents :

La question de la prise en charge des adolescents se pose différemment le plus souvent, mais la problématique est la même. Il paraît en effet intéressant de travailler la question dans un continuum sur la vie entière, même si les enjeux et les particularités existent à chaque âge.

Lors d'hospitalisation, souvent dans des cas de tentative d'autolyse, parfois à répétition, nous rencontrons des adolescents le plus souvent des adolescentes et des jeunes adultes inscrites déjà dans des fonctionnements invalidants.

On mesure parfois le gros effort qu'il reste à faire dans le domaine de la prévention des répercussions des situations d'abus sexuels.

Ainsi entre autre situation, celle de B.

Vignette clinique B :

Présentation :

Jeune femme de 21 ans, issue d'une famille de trois enfants, dont elle est l'aînée (deux frères). Ses parents ont divorcé, il y a 8 ans. Elle décrit son père comme alcoolique, absent, et qui a été déchu de ses droits concernant l'éducation de ses trois enfants ; elle n'a plus de contact avec lui depuis un an. Sa mère vit depuis avec un homme (de dix ans son cadet), également décrit comme alcoolique et violent. Mademoiselle B a quitté le domicile familial à sa majorité civile et n'a actuellement plus aucun contact avec sa mère.

Elle a eu une scolarité ordinaire, a passé un baccalauréat commercial à l'âge habituel, et a arrêté ses études après un an d'études supérieures, pour effectuer des contrats de travail différents et de courte durée. Elle est dans une situation précaire sur le plan social, actuellement.

Elle est hospitalisée quelques jours dans une situation de crise aiguë en lien avec une rupture sentimentale récente.

Au cours de l'hospitalisation, elle relate de façon mécanique et spontanée, des abus sexuels répétés de la part de son beau-père de l'âge de 14 ans à 18 ans. On retrouve une tentative d'autolyse par intoxication médicamenteuse volontaire, il y a 6/7 ans au moment où les premiers abus ont eu lieu et Mademoiselle B n'avait pas bénéficié de prise en charge psychologique à l'époque. Elle rencontre à l'âge de 17/18 ans une psychologue libérale, une seule fois. Mademoiselle B quitte le domicile familial à 18 ans, pour aller vivre seule dans un studio (financé par la DDISS) par l'intermédiaire de l'assistante sociale scolaire. C'est à ce moment, qu'elle a commencé à révéler les abus sexuels qu'elle avait subis. Elle a porté plainte, il y a un an contre son agresseur qui a été condamné à une peine de 6 mois de prison avec sursis et une amende pour dommages et intérêts (qu'elle ne peut percevoir car il n'est pas solvable). Elle a également fait un courrier au procureur demandant une "interdiction" pour cet homme de rester avec sa mère, évoquant des violences possibles sur les deux autres enfants, ce qui n'est apparemment pas recevable (d'après elle).

Il semble que suite à ses différentes démarches, elle ait cherché à se reconstruire une vie, cherchant à faire abstraction de son passé et colmatant les brèches. Elle était inscrite dans une relation de dépendance majeure avec son ami avec qui elle vivait depuis quelques mois, jusqu'à une rupture récente. Elle idéalise cette relation amoureuse, mais décrit des relations pourtant déjà émaillées de nombreuses ruptures transitoires, avec des comportements souvent paradoxaux de mise en échec et de mise en difficulté d'elle-même, comme de l'autre.

La rupture sentimentale vient bouleverser ses repères et ravive un vécu abandonnique majeur. Elle se présente dès lors comme très passive et projective, avec un effondrement dépressif majeur.

L'hospitalisation permettra une légère amélioration de la symptomatologie et surtout permettra de commencer à aborder ses difficultés au-delà de la rupture actuelle. B n'envisage pas initialement de prise en charge psychothérapique, voire s'y opposait au début, derrière une attitude défensive, qui reposait pour elle sur le fait que l'aide qui lui avait été apportée ne l'avait pas soulagée, ni reconnue comme elle l'aurait souhaité (jaugeant et quantifiant cette reconnaissance, par rapport à la peine infligée à son agresseur, qu'elle dénonçait comme dérisoire). Progressivement, elle peut faire des liens et commencer à nommer quelle est probablement sa réalité à elle du traumatisme, en même temps qu'elle peut repérer le décalage entre ses attentes inconscientes et ses demandes. B envisage alors une prise en charge psychothérapique, afin de l'aider dans un premier temps, dans cette situation qui ne permet plus à ses défenses de fonctionner, mais aussi car elle peut commencer à s'intéresser à son fonctionnement psychique. Un relais psychothérapique sera instauré avec un médecin psychiatre en ville, dans les suites de l'hospitalisation et de quelques consultations.

Discussion :

Ce cas est édifiant sur différents points.

Tout d'abord, la durée des abus sexuels de la part de l'agresseur (son beau père), avec

les différentes tentatives échouées de révéler des relations de plus en plus contraignantes (notamment par sa tentative d'autolyse).

La place centrale qu'occupe la mère dans la réalité du traumatisme ; ce dont souffre le plus B, c'est de ne pas avoir été protégée, mais surtout crue par sa mère. Elle décide de fuir de son domicile en lançant un dernier appel à celle-ci, qui ne l'entend pas. La rencontre avec différents intervenants sociaux l'amène à croire qu'il peut y avoir de l'aide de la justice, et à lui reconnaître un statut de victime. La requalification du crime en délit vient pour elle comme un désaveu et la fait passer dans une position de "victime non reconnue". Ce qu'elle dira alors, c'est son sentiment d'avoir été trahie, d'avoir été abandonnée, abandonnée par les différents intervenants une fois que l'affaire est jugée, ce qui lui fait revivre surtout l'abandon initial celui de sa mère, et qui reste le traumatisme qu'elle ne peut élaborer, reproduisant sans cesse des relations affectives où cette question de l'abandon se rejoue à l'infini. De même, c'est aussi au moment du nouveau désaveu de sa mère, que B renonce également à revoir son père. Un autre élément qui a pu être alors abordé est la reviviscence au moment du procès de sa culpabilité et de sa honte, renforcée par la peine infligée à son agresseur, qu'elle jugeait insuffisante.

Dans ce long parcours solitaire, B a rencontré une fois une psychologue "au hasard de l'annuaire" sans aucun lien médicosocial, puis n'est pas retournée la voir.

Le tout judiciaire comporte ses risques, comme précisé plus haut. Le plus important étant, par l'incompréhension de sa mission et par une attente avide, d'installer le sujet dans une position passive de victime et ainsi qu'il perde ses capacités et ses ressources pour continuer à avancer.

Bien sûr, chez des adolescents ou chez de jeunes adultes, nous rencontrons des situations où au nom de la loi la question du signalement ne se discute pas soit parce que la situation d'abus se perpétue sur le patient, soit parce que nous avons la certitude que d'autres mineurs peuvent être concernés par ces abus.

La situation d'un mineur qui n'est plus en danger, mais qui révèle une situation d'abus laisse plus de temps, et permet de sortir de l'urgence, d'autant plus que la loi le favorise (par un délai de 20 ans pour porter plainte). Tout ne peut probablement pas être travaillé de front.

Le travail psychothérapique envisagera la culpabilité, la honte, les liens possibles entre les passages à l'acte et les comportements d'une part, et le traumatisme et la carence de l'autre, les représentations individuelles du traumatisme,

ce contre quoi il lutte, la carence et les relations précoces, la répétition qui est centrale dans sa dimension individuelle et transgénérationnelle afin de la repérer et de la prévenir, ... Et tout ceci, dans une vision "idéale" de la prise en charge.

La question autour du secret et de la révélation aux intervenants extérieurs médico-sociaux, mais aussi à la famille, voire à la justice est une autre dimension à envisager, comme le travail familial qui sera différent selon l'âge et la situation de l'adolescent ou du jeune adulte.

La particularité de cette période charnière qu'est l'adolescence a toute son importance. Il n'est ni vraiment enfant et la société ne le prend plus comme tel, ni accepte d'être vraiment un adulte malgré un corps sexué qui peut le desservir. Surtout, il est dans l'entre deux, entre une autonomie difficile et une dépendance intolérable à ses parents, avec différents substituts dans la dépendance aux produits et aux comportements dans le cadre des conduites addictives (troubles des conduites alimentaires, conduites sexuelles à risque, tentatives d'autolyse à répétition, prise de toxiques, ...).

Ceci est d'autant plus exacerbé, que dans le cas d'abus intrafamiliaux, mais aussi probablement extrafamiliaux à répétition, il est question de sortir d'une emprise, d'accepter de sortir de la relation victime-bourreau, avec le risque là aussi à nouveau d'emprise et de nouvelles dépendances. La révélation d'abus sexuels anciens ou réactivés par un nouveau traumatisme à ce moment de la vie s'inscrit bien dans ce conflit d'autonomisation par rapport aux parents, accentué par l'emprise des relations passées ou actuelles.

Sur un plan thérapeutique et contre-transférentiel, que vient faire cette révélation à ce moment précis de l'histoire individuelle du sujet ? Qu'est ce qui nous est déposé dans notre cadre de soins ? Cette dimension est à prendre en compte dans la prise en charge auprès des adolescents en cherchant à préserver l'autonomie récente ou seulement naissante du patient. La position dans le soin n'est pas neutre avec là aussi des mouvements transférentiels et contre-transférentiels très forts à repérer dans le cadre d'une dépendance à l'autre, une dépendance aux soins.

À l'inverse, D. Agostini évoque la "dépendance négative" [2] à l'agresseur, qui repose sur la culpabilité et les croyances traumatiques amenant le sujet à vivre "dans un monde à l'envers où ce qui est indispensable au développement psychique - et dont il a manqué - est perçu comme dangereux, interdit de connaissance" ; celle-ci s'oppose à une relation de confiance et contrarie l'alliance thérapeutique.

Nous sommes alors souvent partagés entre soutenir une autonomie naissante ou prendre une position parentale ou surmoïque, en risquant de mettre l'adolescent dans une position infantilisante. L'incidence sur la question du judiciaire et du signalement a déjà été envisagée ci-dessus.

II / FAITS RÉELS, REPRÉSENTATIONS DES DIFFICULTÉS, ET RÉALITÉ PSYCHIQUE :

La divergence entre réalité psychique de l'enfant abusé et réalité des faits est un élément majeur à souligner. Elle repose en effet sur deux axes, à savoir pour chaque sujet, qu'elle est sa représentation à lui du traumatisme, en fonction des éléments de son histoire et de l'histoire familiale dans une dimension éventuellement transgénérationnelle, et qu'elle est la représentation de ce traumatisme pour l'adulte qui reçoit sa révélation.

A/ RÉALITÉ DES FAITS - RÉALITÉ PSYCHIQUE :

1°) Du côté de la victime :

a) Valeur traumatique des événements :

Pour Serge Lesourd [75], la distinction entre réalité psychique et réalité des faits est un point préliminaire fondamental, qui a une conséquence directe : "c'est l'enfant sujet qui choisit d'inscrire un fait, d'une manière ou d'une autre, consciente ou inconsciente, dans sa réalité psychique".

De plus, un événement assimilé et assimilable pour le sujet sur le plan cognitif ne ferait pas traumatisme. C'est pour cet auteur "lorsqu'un événement n'arrive pas à prendre sens dans la psyché, quand il déborde les capacités d'élaboration psychique du sujet", que l'évènement devient traumatisme. Ainsi, l'acte lui même n'est pas forcément le traumatisme. L'auteur précise qu'il ne s'agit pas de situations avec violences physiques surajoutées.

b) Notion de "trauma-écran" :

Cet élément, se retrouve dans la notion de "trauma-écran". Par rapport à ce concept, D. Casoni [18], citant Cournut qui se demande ce que cache la répétition

consciente de la scène traumatique, évoque “l’écran” que peut représenter la scène de l’agression réelle, qui protégerait “l’individu des conflits inconscients ranimés par l’agression”. Cliniquement, ceci représente la remémoration perpétuelle du traumatisme sous forme de “flashbacks”, de cauchemars, voire de rêveries diurnes angoissantes, qui semble envahir l’ensemble de la vie psychique et empêcher tout travail psychique d’élaboration (tel décrit par Freud dans “Au-delà du principe du plaisir”, 1920). Pour Freud, cette répétition traumatique (cette reviviscence) dans les rêves et les cauchemars vise à la maîtrise par la victime de l’état de passivité impuissante au moment de l’agression réelle, quant au but. Ceci ne contredit pas pour les auteurs, le fait que le traumatisme dans son expression de scène réelle vient faire écran au traumatisme dans ses contenus inconscients, encore moins supportables et acceptables pour le moi du sujet. D. Casoni, s’interrogeant sur cette remémoration perpétuelle du traumatisme par des détails réels et générateurs en permanence d’angoisse, avance l’hypothèse que le sujet se met pour un temps à l’abri de “sa propre pulsionnalité sexuelle destructrice”, en se focalisant sur l’agresseur (externe et réel) et permettant des contre-investissements sur le traumatisme.

2°) Position des soignants :

C’est aussi, pour le thérapeute et les soignants, à l’inverse de la justice, de pouvoir se décaler de la recherche de la véracité des faits et de leur “gravité potentielle” par rapport à une représentation personnelle, pour s’attacher à la représentation et à la réalité psychique de l’enfant, de l’adolescent ou de l’adulte, d’une façon plus générale.

Du côté du soignant, ce que représente ce traumatisme révélé risque de conduire à la sidération psychique, voire à l’effroi. Afin de sortir de cette incapacité à penser, avec le risque de réagir en miroir avec le patient par le passage à l’acte, il s’impose aux thérapeutes de revenir le plus possible à une réflexion psychopathologique. Elle permet ainsi de penser dans un champ plus vaste,

d'inscrire l'évènement dans une trajectoire qui va du manque d'amour, à la carence, puis à la maltraitance et à l'abus sexuel. En effet, ce dont souffre en premier la victime, c'est du manque d'amour ou d'un amour inadéquat à ses besoins, avant de souffrir du traumatisme. Le traumatisme peut agir comme un écran qui peut masquer toute la problématique individuelle et familiale. La carence dans les liens aux images parentales, dans leur capacité à sécuriser et à protéger l'enfant dès son plus jeune âge peut représenter un "défaut quasi constitutif", qui permet la situation d'abus dans cette famille.

Parce que la vraie question et réflexion pour le thérapeute est "que faire de cet évènement", que l'on a perçu, éventuellement rechercher dans le cadre de la démarche clinique, qu'est-ce qui va pouvoir aider le patient dans cette situation.

La notion du traumatisme de la réalité se confronte avec le traumatisme inscrit dans la vie psychique et l'inconscient du sujet, mais aussi avec le traumatisme perçu par l'extérieur, et notamment par les soignants. Cette notion a donc une incidence dans la prise en charge psychothérapique (dans le transfert et le contre-transfert), mais aussi dans la prise en charge de façon générale et sociomédicopsychologique. Elle vient rendre à nouveau compte de la complexité de ces situations et des interventions auprès des victimes.

B/ IDENTITÉ ET POSITION DE VICTIME :

Bien sûr l'enfant est victime d'un adulte qui l'agresse et qui ne se porte pas garant du respect de la loi universelle qu'est l'inceste, mais pas uniquement victime.

1°) Identité de victime :

D. Casoni [18] aborde la question sous un autre angle, celui de l'identité de victime, qui correspond à la position de victime prise par le sujet lui-même.

L'auteur, à partir du traitement psychanalytique de victimes d'agression sexuelle, constate "l'importance qu'accorde l'individu à une identité de victime". Celle-ci serait une résultante de l'identification à l'agresseur, avec clivage et projection à la fois de l'agresseur intériorisé et de la violence pulsionnelle propre (représentée éventuellement par l'agressivité, la colère et attribuée à l'agresseur). Cette identité de victime serait complémentaire du clivage intrapsychique et de l'identification à l'agresseur. Ainsi, ce surinvestissement de cette identité permettrait au patient de maintenir à l'écart sa culpabilité et de rationaliser sa violence pulsionnelle, dans le cadre d'une stratégie défensive. La difficulté est alors que ces défenses empêchent toute élaboration psychique.

2°) Attitude soignante :

Serge Lesourd [75] précise son point de vue d'analyste par rapport à la position de victime. Le danger serait alors de "réduire celui-ci (l'enfant) et tout celui-ci au traumatisme subi", avec le risque alors de tout légitimer par le traumatisme en réduisant la compréhension de l'enfant à "cette causalité unique".

Ceci représente alors le fait que le traumatisme sexuel dans ce qu'il a d'incompréhensible fait également effraction dans le psychisme de l'adulte et doit être compris par un travail incessant de maturation psychique.

S. Lesourd évoque le risque de créer un "enfantvictime" (en un seul mot) en objectalisant l'enfant dans l'acte lui-même, et évoque le parallèle qu'il y aurait alors entre cette position et celle de l'enfant en tant qu'objet soumis au désir de l'adulte dans l'acte.

Ainsi l'ensemble des "forces" en présence (intrapsychique, médico-psychologique, socio-judiciaire) convergent alors vers la position de victime, qui réduit le sujet à une position passive de devoir dépendre de l'autre (au risque de fixer éventuellement les symptômes).

La vignette clinique B peut en être une illustration.

Ces notions ont bien une incidence dans la prise en charge, et amènent à réfléchir à la place que nous accordons au sujet dans nos représentations, notre réflexion et nos actions, dans la prise en charge en général.

C/ RÉALITÉ ET FANTASMES. À CÔTÉ DU TRAUMATISME :

1°) Réalité des liens :

Il faut insister sur la place que peut avoir l'abuseur en dehors de l'acte répréhensible, pour l'enfant, ce qui complexifie terriblement le tableau. Ainsi l'abuseur est coupable de crime et de violences par moments, et a une autre fonction auprès de celui-ci à d'autres. Ceci est d'autant plus vrai que les liens de parenté sont proches et que les relations se passent dans un climat de séduction et d'emprise sans violences physiques. L'incompréhensible pour l'enfant nécessite un clivage qui lui permet de continuer à pouvoir aimer un père, qui peut être son bourreau à certains moments.

2°) Fantasme œdipien :

De même, en gardant en mémoire toute la question des désirs inconscients qui est sous-tendus par les désirs œdipiens, nous ne pouvons occulter la place des fantasmes de séduction envers le parent œdipien et de mort envers l'autre parent, avec sa réciprocité, qui alimentent chez l'enfant et l'adolescent un sentiment de culpabilité que de seules paroles rassurantes ne pourraient évincer, et que la seule position de victime réduit sous silence. En "déniant au sujet sa capacité de penser les actes, de les agir, y compris de manière inconsciente, c'est imposer au nom d'une morale, un refoulement supplémentaire au sujet dans l'enfant. Ne pas prendre en compte le vécu subjectif de l'enfant dans l'acte, y compris inconscient, c'est interdire au sujet d'exister réellement [75]".

C'est entre autre la réalisation du fantasme incestueux qui alimente la culpabilité inconsciente du sujet, et c'est aussi sur cette dimension de "coupable" et pas uniquement sur la position de victime, que l'élaboration psychique doit pouvoir porter.

3°) En dehors du traumatisme :

La question de la réalité en dehors du traumatisme peut aussi s'aborder sous l'angle des capacités potentielles de résilience de l'enfant.

Le concept de résilience apporte en effet un autre regard à cette question et nuance les conséquences et répercussions psychopathologiques déjà citées. Ce concept s'oppose à une notion de "vulnérabilité" immuable. En effet, quelques études montrent que d'une façon général face à des traumatismes, "jamais la totalité des sujets vulnérables ne réalisent le mauvais pronostic que l'on pouvait porter à leur égard" [99].

En effet, B. Cyrulnik nous rappelle que dès notre plus jeune âge nous sommes "façonnés" par le regard des autres, celui de nos parents bien sûr, mais aussi celui de notre entourage familial plus large, de notre voisinage, des enseignants et des différents intervenants sociaux, ... Ainsi à côté de la relation à sa famille, l'enfant a éventuellement d'autres personnes ressources. De même, parmi ses relations familiales, y compris avec l'agresseur, certaines peuvent lui apporter certains repères.

Pour le même auteur, "une carence précoce crée une vulnérabilité momentanée, que nos rencontres affectives et sociales pourront restaurer ou aggraver" [30]. Ainsi la résilience repose sur de multiples déterminants qui peuvent permettre de dépasser le traumatisme, et permet de sortir de l'immuabilité.

Dans la prise en charge, ces ressources personnelles et de l'entourage au sens large vont être importantes à analyser et vont permettre un étayage éventuel.

La question est alors comment en tant que thérapeutes et intervenants auprès des enfants et des adolescents, nous pouvons aider et favoriser la résilience du sujet. Ceci repose sur la confiance qu'il va pouvoir acquérir en lui-même, sur le fait qu'il va pouvoir se respecter lui-même en tant que personne. Pour cela, il aura besoin qu'on le valorise, et de se sentir aimé et soutenu [99]. Ces éléments s'étendent à l'ensemble de la prise en charge médicopsychologique, mais aussi socioéducative.

D/ DE LA RÉALITÉ PSYCHIQUE À LA RÉALITÉ DES ACTES :

Ces éléments semblent pouvoir jouer dans un mouvement inverse et complémentaire. Ils se jouent également dans la réalité, dans la répétition de l'acte par exemple. Ainsi la position peut être double et passer de victime à bourreau.

C'est de cela dont il s'agit quand on évoque la question transgénérationnelle des abus sexuels intrafamiliaux qui semble se propager de génération en génération, en perpétuant les mêmes carences et les mêmes dysfonctionnements.

En clinique, nous retrouvons cela très tôt dans l'histoire de nos jeunes patients, déjà inscrits dans la répétition, avec quelques cas, où déjà la répétition pathologique dans le passage à l'acte, par exemple sur d'autres enfants, est évocateur (tel le cas de C présenté plus loin, où l'alternance entre agression et réparation est bien mise en évidence).

Aussi, nombreux cas cliniques de jeunes adultes amènent à réfléchir et à repérer l'incidence du traumatisme et de la carence dans des choix de vie (amoureux, professionnel, ...).

Nous retrouvons en effet un certain nombre de jeunes femmes inscrites dans des formations ou des métiers où il est question d'aide et de réparation (BEP Sanitaire et Sociale, travail auprès d'enfants en difficultés, ...).

III / LA PLACE DU SECRET :

A/ SECRET et SEXUALITÉ - SECRET et INCESTE :

Le refoulement des désirs œdipiens et la soumission à la prohibition de l'inceste peuvent être considérés comme donnant une nature par essence secrète à la sexualité et plus particulièrement à la sexualité infantile. Le secret entourant la scène primitive, désignant l'acte sexuel des parents, en est un autre, qui ne peut être qu'inaccessible à l'enfant du fait de son immaturité.

L'abus sexuel vient bouleverser cette représentation, en immisçant l'enfant dans la sexualité des parents, et en niant ainsi leur place de géniteurs ou en permettant la réalisation du "fantasme mégalomane et de toute-puissance de l'autoengendrement". Ceci vient donc s'opposer en quelque sorte au processus structurant du refoulement qui permet de refouler les désirs de meurtre à l'encontre du parent rival et les désirs sexuels pour le parent dans ce cas incestueux.

Le secret imposé par l'abuseur à l'abusé, à l'encontre de la société peut être décrit comme créant "un système relationnel dans la même dynamique que celle qui est en cours dans l'inceste" [27]. En effet, ce secret de l'inceste masque lui aussi la satisfaction d'un désir interdit pour éviter ici la répression de la société, en même temps qu'il permet la mise en acte de la transgression et que cette transgression se perpétue. Il s'agit bien aussi dans ce secret du refus du tiers qui est ici la société.

B/ LE SECRET, SUR UN PLAN INDIVIDUEL :

Le secret est d'abord celui imposé à l'enfant au moment des abus. Le silence est en effet souvent la seule source de sécurité de l'enfant à ce moment-là.

Il induit en propre un traumatisme en renvoyant sans cesse l'enfant à lui-même pour gérer ses expériences, ce qui l'isole de plus en plus. La durée de ce

silence aggrave l'impact traumatique et favorise la reproduction des abus, jusqu'au syndrome d'adaptation et d'accommodation sexuel (décrit précédemment).

Ce secret, imposé par le silence, est entretenu par différents phénomènes externes que sont les menaces perpétuées par l'agresseur qui laissent à croire que les conséquences de la révélation seraient pire que la situation vécue, à l'inverse par "l'achat de l'enfant" par des promesses, des cadeaux, ... Mais il est aussi entretenu par des mécanismes internes : l'introjection par le sujet de l'agresseur et de sa propre culpabilité, la déformation issue des différents mécanismes de défense de la réalité perçue, l'affaiblissement de son moi.

C'est ce cercle vicieux autodestructeur qui peut amener d'ailleurs à la non crédibilité de la révélation.

Le secret unit l'abusé à l'abuseur, par des rapports de complicité imposée voire potentiellement volontaire, à travers la relation d'emprise, par la relation privilégiée entre les deux vis-à-vis des autres, par des mouvements qui vont de la peur d'être découvert au sentiment excitant de transgresser en cachette. Il devient un lien puissant et mutuel, même s'il repose sur la régression et la passivité comme moyen de défense de la part de l'enfant. Alvin P. parle de "pacte implicite qui non seulement les lie entre eux mais les sépare aussi des autres" [5].

C/ LE SECRET DE FAMILLE :

La notion de secret et plus précisément de secret de famille à une position centrale. En effet, dans les familles qui dysfonctionnent, les interdits fondamentaux (l'inceste et le meurtre) n'existent pas ; seul l'interdit de dire fonctionne. Alvin P. et al évoquent "ce culte de non-dits et de la désinformation".

1°) Du côté de l'enfant :

En révélant les agissements qui se déroulent au sein de sa famille, l'enfant met en doute cette famille.

La révélation trahit le secret familial incestueux. La “trahison” sera double : c’est celle faite à l’abuseur dans le cas de la révélation, et aussi l’aveu de la trahison, perçue sur le plan symbolique, d’avoir pris la place de l’autre parent.

La préservation du secret et des liens avec ses parents et les croyances traumatiques (érronées et en total décalage avec la réalité) permettent ainsi à l’enfant de ne pas reconnaître la part “monstrueuse” de l’abuseur, afin de se préserver d’une représentation aussi “monstrueuse” de lui-même (par identification).

Ainsi certaines informations, par exemple en milieu scolaire, concernant “l’interdit de l’inceste” peuvent apparaître à l’enfant en contraste et en total décalage avec une certaine morale, sa morale familiale.

Dans le cas du dévoilement de l’enfant, cette notion fondamentale est à garder en tête, car elle peut entraîner un traumatisme supplémentaire.

2°) Du côté des parents :

Pour A. Alaméda [3], le silence des mères, et notamment celles ayant eu une enfance émaillée de ruptures pourrait être expliqué comme la conséquence d’un “double lien”. Par son silence, cette mère resterait “fidèle aux péchés d’inceste de sa famille d’origine mais aussi à son souhait le plus cher d’avoir, contrairement à ce qu’elle a vécu dans sa propre enfance, une famille heureuse et unie. Le fondement de cette loyauté est donc à chercher dans la parenté, dans le devoir éthique que tout enfant devenu mère ou père éprouvera toujours envers ses propres parents” .

D/ LA LEVÉE DU SECRET :

Elle correspond à la révélation, au dévoilement. La révélation d’un abus sexuel, c’est d’abord lever un secret, qui existe parfois depuis longtemps, sur son

intimité, sur sa sexualité et sur le fonctionnement d'une famille, parfois sur plusieurs générations.

Se libérer de ce secret n'est pas si simple, compte tenu de la dynamique qui le sous-tend. Ce n'est pas d'un acte dont il faut se défaire, mais de tout un fonctionnement relationnel. Ceci impose un changement de place, une position différente dans le couple abusé/abuseur, de pouvoir quitter cette position d'emprise pour prendre une position peut être plus active ou du moins différente.

Souvent l'enfant ou l'adolescent tente à plusieurs reprises d'en parler, après d'interminables hésitations, redoutant la portée de leurs paroles. Les premières révélations (par exemple à la mère, belle-mère, amie, ..) risquent souvent d'être repoussées au nom de l'impensable.

1°) Différents paramètres :

De nombreux paramètres entrent en ligne de compte.

La révélation impose tout d'abord la prise de conscience de la situation et de son caractère anormal et aliénant, mais surtout de la nécessité de faire cesser cette situation, qui ne peut être opérante que si une possibilité de s'en sortir est perçue.

Le moment choisi dépend donc de ces paramètres qui doivent être concordants et correspond le plus souvent à un moment où les données changent dans la relation, du fait de facteurs externes et/ou internes.

Ce peut être des événements intercurrents qui donnent un autre regard sur la possibilité de sortir de l'emprise, tels la séparation des parents, le refus de sorties et de rencontrer des personnes extérieures à la famille, la découverte d'agissements similaires de l'agresseur sur un autre enfant de la fratrie, ...

Cette nouvelle perception du traumatisme vécu se fait également à la faveur de l'évolution du sujet ou d'un changement dans sa vie et ses relations aux autres.

Ainsi, l'expérience clinique tant en psychiatrie de l'adolescent, qu'en psychiatrie de l'adulte montre que ces révélations surviennent souvent à des moments forts de la vie affective et génitale. Tout d'abord, la puberté, moment où la sexualité s'organise peut apporter un nouvel éclairage à des traumatismes anciens, non compris au delà de la violence. De même, l'accès à la sexualité adulte, la rencontre avec l'autre réactive ces traumatismes, qui ne sont pas nommables et émergent par l'agir ou le symptôme, dans le cadre de l'hystérie et des conversions, de pathologies psychosomatiques, de conduites addictives diverses, d'épisodes délirants, d'organisation de la personnalité de type limite.

Mais aussi, pour des jeunes adultes, les premières relations réellement investies, le mariage, l'accès à la parentalité renvoient pour chacun à des représentations en lien avec son histoire personnelle et familiale. Des blessures plus ou moins colmatées vont alors prendre un autre sens. Quel enfant fantasmatique va pouvoir être investi par le sujet, au moment de devenir lui-même père ou mère ?

Ces évolutions de vie peuvent amener le sujet à la révélation, comme si le secret avait alors une autre place dans son économie psychique.

Cette révélation suppose aussi de pouvoir assumer la honte et l'image altérée de soi du fait de la culpabilité.

Le choix de l'interlocuteur suppose de pouvoir lui reconnaître une capacité d'écoute et de compréhension, à côté des capacités d'aide et de protection, vis-à-vis des représailles supposées de la part de l'agresseur (probablement plus précisément dans les situations où l'abusé est un enfant, c'est à dire totalement dépendant), mais aussi éventuellement de ceux qui se sentiront bafoués, trompés et trahis par l'existence et la révélation de cette relation entre l'abusé et l'abuseur.

2°) Conséquences immédiates de la révélation :

La révélation prendra différentes formes en fonction des situations et du système défensif mis en place parfois depuis longtemps.

La révélation de l'enfant d'une situation ancienne, agie ou non encore actuellement, va faire effraction dans son psychisme, bouleversant ses représentations et ses défenses, qui lui ont permis jusqu'alors de "préserver partiellement une partie saine de son moi, ainsi qu'une partie saine de ses relations avec ses parents" [75], par le clivage qui permet de différencier le père de l'abuseur dans les situations d'inceste. La révélation ne permet plus à ce clivage de fonctionner, ce qui est renforcé pour l'auteur par le parcours pénal, et doit être pris en compte dans la prise en charge.

Ceci explique l'apparition ou l'aggravation de symptômes parfois violents, voire de fonctionnement régressif au moment de la révélation d'abus sexuels. Pour Van Gijseghem [101], la relation d'emprise imposée par l'abuseur au sujet maintient la cohérence de son moi et la recrudescence des symptômes est conséquence de la perte de cette relation d'emprise. À propos d'un exemple clinique d'une jeune femme, D. Agostini [1] écrit : "Tout s'est passé comme si une fois *libérée du tyran*, elle avait été en prise directe avec l'emprise d'un tyran interne", évoquant la "cassure interne" rendue manifeste ici par la séparation (provoquée par elle) d'avec son père et la rupture de la relation d'emprise ; l'interruption de la liaison "a provoqué l'effondrement de ce mur-clivage étanche".

Pour S. Lesourd [75], une conséquence de la révélation est qu'elle est une "parole qui fait effraction du psychisme". Ceci sera à travailler dans la thérapie : "Dire ne soigne pas, ce peut être le point de départ d'une élaboration dans la cure, mais dire tout seul n'a d'effet que traumatique".

La révélation du secret fait passer ce secret de l'intimité d'un sujet et d'un fonctionnement familial à une question qui concerne et intéresse différents champs de la société. La révélation conduit au risque des indiscretions de toutes sortes et de toutes parts ; respecter l'intimité et la pudeur face à ces situations, sans sombrer dans l'arbitraire des jugements de valeur, n'est pas toujours si simple.

3°) Culpabilité inhérente aux conséquences de la révélation :

La place dans la prise en charge de la culpabilité inhérente aux conséquences de la révélation du secret est à envisager, à côté de la culpabilité inconsciente envisagée ailleurs.

La question se pose notamment, dans les situations où la révélation va entraîner une dislocation de la famille, soit du fait de la séparation, soit par exemple de l’incarcération de l’auteur des faits...

La menace éventuellement perpétuée au moment des agissements se matérialise : “si tu en parles, ...”. Dans les cas d’abus intrafamiliaux, la révélation quelqu’elle soit à toujours une incidence. Celle-ci peut se faire au plan judiciaire par l’emprisonnement d’un père, d’un beau-père, ce qui peut entraîner perte de revenu et difficultés au moins matérielles pour la famille, sur un plan administratif, par le placement du ou des enfants en foyer, par des mesures restrictives sur les droits de garde et de visite. De même, l’ambivalence de chacun, va entraîner une stigmatisation de celui par qui le scandale arrive, voire l’exclusion. La culpabilité va ici être bien réelle au vue des conséquences de la révélation. Elle s’ajoute à la culpabilité inconsciente de “la mise en acte du meurtre du parent”, le rival dans la triangulation oedipienne.

Le travail d’accompagnement est ici primordial tant sur un plan individuel que sur un plan familial. Ceci afin de permettre l’émergence des pulsions agressives et de permettre une intégration de l’évènement dans l’histoire de la famille.

Ceci impose qu’on s’attache ou que l’on doive s’attacher à une prise en charge respectueuse de l’enfant et de sa famille. Elle permet l’association indispensable, au-delà de la stigmatisation en coupable-victime, de la prise en charge de l’unité que forme la famille, afin de préserver les relations au-delà du traumatisme (psychothérapie familiale [94], prise en charge des parents abuseurs en milieu carcéral,...).

E/ LE SECRET, PAR RAPPORT À LA POSITION DU THÉRAPEUTE :

Le secret est aussi un piège dans lequel peut tomber le soignant, par le mouvement même qui est créateur du secret.

Ainsi, en présence de cette “redoutable logique incestueuse” [5], et face à la confusion qu’engendre de telle situation, laquelle s’ajoutent des conflits idéologiques, voire institutionnels entre les différents intervenants, le fonctionnement familial et individuel brouille les pistes et peut masquer les signes de détresse et la gravité de la situation. Ceci est largement amplifié par le mode de communication, éventuellement sur un mode pervers, de la famille qui s’exerce également avec les intervenants.

De même, il est important de noter que la plupart des situations d’abus sexuels extrafamiliaux amènent chacun à se positionner et à faire le signalement plus facilement que dans les situations intrafamiliales. Ceci dépend bien sûr de la complexité de ses différentes situations, mais pas seulement. Cette différence a probablement aussi à voir avec nos représentations. M. Gabel [49] écrit à propos de ces situations d’abus intrafamiliaux que “les positions individuelles se brouillent, l’action à entreprendre devient moins claire : interroger, écouter, examiner l’enfant est alors ressenti comme une agression identique à celle que l’enfant a subi”.

Le secret n’impose pas une simple constatation ; il impose un positionnement du thérapeute par rapport à lui et de chercher à percevoir ce qui le sous-tend.

IV/ ILLUSTRATION, à partir d'un exemple de prise en charge :

A/ PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE et ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE :

La prise en charge institutionnelle, mais il en est de même pour toute prise en charge pluridisciplinaire préconisée dans les situations d'abus sexuels sur mineurs, permet un soin "à géométrie variable", avec différents intervenants qui vont avoir des fonctions et des missions différentes auprès du patient. En effet, la prise en charge psychothérapique individuelle et ambulatoire peut être parfois difficile, au début du moins de la prise en charge, par ce qu'elle a d'exclusif, et qu'elle renvoie d'une dépendance intolérable (notamment pour les adolescents). La massivité et la labilité des transferts du patient, mais aussi des contre-transferts des soignants, lui permettent de rejouer en direct sa problématique conflictuelle et ambivalente.

Du côté des soignants, c'est être dans la capacité de supporter les projections agressives du patient, de ce qu'il induit en nous de violence, de comprendre les symptômes en repérant la répétition du traumatisme.

Cette prise en charge en hospitalisation prolonge et concrétise la situation de rupture dans lequel le patient se trouve (éventuellement signifiée par un passage à l'acte) ; la séparation sera plus ou moins totale selon le cadre de soins, l'âge de l'enfant ou de l'adolescent.

L'institution a ainsi un rôle de pare-excitation et d'apaisement symptomatique des tensions internes, mais aussi avec l'extérieur. Ceci permet alors la reprise d'une activité de mentalisation, qui vient remplacer la sidération de la révélation, le passage à l'acte éventuel, ...

L'institution permet de redonner des repères, d'objectiver la différence des générations ; le cadre de soin matérialise les lois, les limites.

L'articulation médico-psycho-sociale est primordiale dans ses différentes situations, et notamment le rôle des intervenants sociaux sera majeur par un travail dans le cadre institutionnel, mais aussi et peut être surtout en réseau. Elle permettra le lien entre les différents intervenants : avec les intervenants éducatifs et scolaires, avec la justice, par rapport à la question du signalement par exemple, par l'organisation d'un suivi social pour le sujet, mais aussi pour la famille concernée.

Cette réflexion interdisciplinaire permet de repérer la place de chacun des intervenants, les interactions entre intervenants médico-sociaux et membres de la famille, où il se joue aussi éventuellement la répétition dans les comportements et les passages à l'acte. Cette réflexion doit pouvoir permettre de donner un sens aux paroles et comportements qui nous sont adressés et ce que les situations nous font vivre et agir.

B/ PRÉSENTATION DU CADRE DE SOINS "ESPACE":

Le centre ESPACE au CHU de Nantes réunit une "unité de prévention-consultation", une "unité d'hospitalisation", avec un axe dit de "soutien aux familles" et s'articule dans une dynamique de réseau ville-hôpital.

Il représente comme d'autres centres spécifiques un lieu et un temps institutionnel en post-Urgence pour une population de "suicidants et d'adolescents en crise". Les objectifs de ces centres sont d'offrir un accès au soin à une population de mineurs et de jeunes adultes (différencié du milieu psychiatrique traditionnel, parfois stigmatisant), d'apporter une réponse soignante spécifique à la problématique du sujet jeune en crise notamment suicidaire, de favoriser une continuité des soins pour les adolescents qu'il est souvent difficile "d'accrocher" à un suivi, après une seule consultation en urgence, et ainsi d'espérer une meilleure observance des soins. Il n'est pas proposé dans ce cadre de suivi ambulatoire ou institutionnel au long cours, mais de permettre un réaménagement thérapeutique de la crise, suivi si nécessaire de relais adapté et préparé. L'hospitalisation propose une prise en charge individuelle, groupale et familiale et s'appuie sur le génogramme et différentes médiations.

Les indications du centre ESPACE sont celles de situations de “mise en danger de soi, tant sur la plan physique que psychique”, de “crise” qui exprime une “rupture médico-psycho-sociale” chez un sujet en impasse sur le plan psychopathologique, dont les conflits ne trouvent plus de voie métabolisatrice, que ce soit en intrapsychique ou dans son environnement extérieur. En même temps, la crise est un moment fécond, d’appel direct ou indirect à l’autre, et offre une issue en aigu à tout un matériel psychique potentiellement inaccessible autrement [90].

Le travail psychothérapique auprès de cette population amène à de nombreuses réflexions, qu’il faudrait pouvoir mieux objectiver.

L’incidence importante d’antécédents rapportés d’abus sexuels dans l’enfance ou de sévices éventuellement encore agis interroge, à côté des antécédents familiaux du même ordre avec une dynamique incestueuse ou incestuelle transgénérationnelle.

A titre d’illustrations, ces chiffres étant issus d’un bilan d’activité d’un seul secteur de l’hospitalisation dans l’unité (à savoir le service social) et reposant sur un nombre de patients relativement modeste pour en tirer des conclusions (mais dont les données sont superposables à celles d’autres structures de soins similaires), on repère d’après le bilan social de l’année 2002 :

- Parmi les patients rencontrés dans l’unité par l’assistante sociale (ce qui correspond à 45% des hospitalisés), 47,5% des adolescents et jeunes adultes avaient été abusés sexuellement, avec un risque accru entre 9 et 12 ans ; les agressions étaient pour 80% intrafamiliales.
- De plus, le bilan fait état, parmi ces patients victimes d’abus sexuels, de 40% de jeunes souhaitant faire carrière dans le domaine de la petite enfance (CAP “petite enfance”, BEP “carrière sanitaire et sociale”, diplômes d’État “d’éducateurs de jeunes enfants”, ...

Comme précisé plus haut, dans les situations d’abus sexuels, les symptômes sont divers, transnosographiques, mais la réflexion psychopathologique reste la même et est en continuité.

Nous sommes maintenant amenés à y penser de façon assez systématique, sans pour autant induire de fausses allégations. Le moment de crise est souvent l'occasion pour le jeune de déposer ce "secret", ou de réaborder avec les soignants des traumatismes non entendus jusqu'alors.

C/À PROPOS D'UNE VIGNETTE CLINIQUE :

1°) Cas clinique C :

À la différence des autres vignettes cliniques, le cas de C a été travaillé à partir des différentes synthèses cliniques et des éléments du dossier, et n'est pas le fait d'une prise en charge personnelle. Il a été néanmoins choisi parmi d'autres situations, du fait de la clinique riche, voire caricaturale.

a) Éléments cliniques :

Jeune fille de 17 ans. C est une enfant adoptée à l'âge de 6 mois. Elle a un frère également adopté. Ses parents adoptifs (adoption car stérilité de la mère) ont divorcé quand elle avait 18 mois, sans réel conflit.

Son père (cadre supérieur) s'est remariée et à une deuxième fille. C le voit très rarement.

Sa mère (professionnel de santé), après le divorce, a vécu pendant plusieurs années avec un autre homme (avec qui C dit qu'elle ne s'entendait pas, comme avec les compagnons suivants). Elle aura ensuite un nouveau compagnon pendant 3 ans qui est décrit comme violent et est décédé par suicide. C sera alors témoin de scènes particulièrement violentes entre cet homme et sa mère. La mère de C a vécu ensuite avec plusieurs compagnons, avant de se remarier, il y a 3 ans.

Depuis le deuxième mariage de sa mère, C a souhaité ne plus vivre avec elle (ne supportant pas le mari de sa mère) et a vécu dans sa famille du côté maternel. Récemment, C a demandé à revenir vivre chez sa mère et à poursuivre sa formation dans la région. Après quelques semaines, les relations entre la mère et la fille sont des plus conflictuelles.

Sa scolarité est à peu près normale jusqu'au collège en 3^{ème}, puis est émaillée de différentes difficultés scolaires, avec notamment des comportements agressifs, des difficultés d'intégration dans le groupe (qui sont plus précoces). Elle est actuellement en baccalauréat professionnel de "service d'aide aux personnes". Elle dit particulièrement apprécier le travail auprès de la petite enfance ; elle a d'ailleurs de bons résultats scolaires et est appréciée dans son cadre professionnel.

C a plusieurs antécédents de tentatives d'autolyse : la première fois à l'âge de 10 ans par tentative de défenestration, la seconde à 13 ans, puis plusieurs phlébotomies, et intoxications médicamenteuses volontaires. Elle a été suivie par une psychologue à l'âge de 13 ans pendant 6 mois, sans hospitalisation. Elle a été hospitalisée récemment pendant deux mois suite à une tentative d'autolyse.

b) Prise en charge :

C est adressée à la consultation du Centre Médico-psychologique dans le cadre "de l'unité de prévention et de consultations", pour une éventuelle hospitalisation, par un médecin psychiatre libéral qui l'a rencontrée à deux reprises depuis son arrivée dans la région. Elle vient accompagnée de sa mère. À l'issue de cette consultation, une hospitalisation lui est proposée et sera organisée à l'unité "Espace".

Prise en charge individuelle :

Lors de l'hospitalisation, C évoque les différents éléments de son histoire personnelle et familiale.

A son entrée, les difficultés relationnelles de C avec sa mère sont au premier plan, avec une oscillation perpétuelle entre différents passages à l'acte avec mise en danger de soi, ayant éventuellement valeur de séparation psychique d'avec sa mère et d'une relation de dépendance régressive et étouffante avec elle (rendant tout contact physique insupportable avec sa mère).

C verbalise une violence extrême qu'elle perçoit en elle et peut exprimer notamment sa violence à l'égard de sa mère. Cette violence est retournée contre elle dans des moments autoagressifs fréquents (automutilations, coups contre les murs, ...). Elle relate également des moments compulsifs de violence (notamment à l'égard d'enfants).

Après quelques jours d'hospitalisation, C aborde en entretien d'abord infirmier (notamment en faisant son génogramme) des abus sexuels répétés, de l'âge de 10 à 13 ans, de la part de son deuxième beau-père. Elle n'en avait pas parlé au moment des abus devant ses menaces. Cet homme s'est suicidé quelques mois après, et C peut dire qu'elle n'aurait probablement pas pu en parler autrement. Elle a révélé récemment les faits à sa mère qui avait émis un doute dans un premier temps.

Sur un plan symptomatique, C présente des troubles des conduites, avec à côté des passages à l'acte autoagressifs (tentatives d'autolyse à répétition, automutilations, ...), des troubles des conduites alimentaires (de type plutôt boulimiques, à poids normal), des comportements sexuels à risque. Elle présente des idées suicidaires itératives et une symptomatologie anxieuse initialement majeure.

C dit ne pas aimer son corps, qu'elle dit sali et qu'elle vit comme persécuteur ; elle dit ne pas souhaiter grandir. C parle de ses manques et décrit un tableau de carence. Elle évoque beaucoup le sentiment de honte. Elle décrit une grande tension interne, un sentiment d'insécurité et une violence extrême à l'encontre de sa mère. Elle présente un grand marasme identitaire, une perte de l'estime de soi, avec une grande fragilité narcissique.

Elle évoque sans cesse son beau-père, mais pour reprocher à sa mère de ne pas avoir su la protéger, et plus encore pour ne pas avoir su lui donner un "vrai" père.

Elle n'a aucune vie sentimentale ou amoureuse.

Assez rapidement également lors de l'hospitalisation, C évoque en fait que ces stages de formation la mettent en difficulté et relate des comportements d'évitement, en lien avec des compulsions et des "flashes" en compagnie d'enfants (notamment dans les moments de rapprochements pour la toilette, le change, la sieste, ...), de même, lors de ses stages auprès de personnes âgées au moment des toilettes intimes. Elle avoue des comportements inadaptés à l'égard de certains enfants. Elle fait ces révélations à l'assistante sociale, qui la rencontrait pour envisager initialement des démarches pour une demande de foyer socio-éducatif.

Prise en charge groupale :

Les temps de groupe de parole et de médiations lui permettent de soumettre sa souffrance au regard de l'autre, avec des mouvements classiques d'identification et de différenciation.

Prise en charge familiale :

Lors de l'hospitalisation, des entretiens familiaux ont lieu, ou plutôt des entretiens avec sa mère, puisque le père n'a pas pu être rencontré.

Les entretiens sont difficiles avec la mère de C, du fait d'une agressivité éventuellement défensive, et de propos assez quérulents. Sa mère cherche beaucoup à se déculpabiliser (notamment par rapport à ses partenaires multiples). La tension est extrême et les propos abrupts ("je n'aurai jamais dû t'adopter", "dès que tu es majeur, tu pars"). Mère et fille se plaignent d'un manque de communication, mais toujours sur un mode agressif. La mère de C est assez opposée à toute démarche de soins et contredit notamment beaucoup l'hospitalisation. Un échange pourra avoir lieu autour des abus sexuels subis par C, avec sa mère, qui peut aussi évoquer les violences physiques qu'elle a également subies. Sa mère précise qu'actuellement elle envisage de vivre de façon plus harmonieuse avec son mari, "sacrifiant sa fille à cette relation".

Malgré une proposition d'envisager un suivi familial, aucune prise en charge ne paraît possible pour l'instant.

Axes de prise en charge envisagés :

Sur un plan judiciaire et de référence à la loi, devant cette situation complexe, après avoir envisagé les différents axes de soins en équipe pluridisciplinaire, il est proposé à C qu'elle puisse aborder elle-même ses difficultés et agissements avec le juge des enfants. Elle fait avec l'aide de l'assistante sociale (qui a reçu les premiers aveux) un rapport à la loi à propos des faits. L'assistante sociale fait également un signalement incluant l'ensemble des éléments évalués lors de la prise en charge au juge des enfants, après avis du juge. Ce signalement est envisagé dans un but préventif et de protection, et ne sera pas nécessairement suivi d'une enquête, sauf en cas de nouveaux agissements.

C est également soutenue et accompagnée pour suspendre sa formation et envisagée une nouvelle orientation professionnelle.

Elle décide également, devant les difficultés relationnelles majeures avec sa mère de faire des démarches pour entrer dans un foyer socio-éducatif. Elle a repris contact avec son père.

Elle entreprend par ailleurs un suivi psychothérapique individuel, entrecoupé de moments particulièrement difficiles et d'un séjour en institut psychothérapique.

2°) Discussion :

a) À propos des éléments cliniques :

Les éléments cliniques que l'on repère dans cette situation sont assez riches. Tout d'abord, l'histoire personnelle et familiale de C est émaillée de nombreuses ruptures (abandon initial de ses parents biologiques dont on ne sait rien, l'adoption suivie d'un divorce, éloignement du père, compagnons multiples de sa mère, période de vie chez sa tante et retour chez mère avec déplacement géographique et ruptures à nouveau de tous les liens, ...). C ne se décrit d'ailleurs qu'à travers les relations sentimentales et successives de sa mère qui semblent ponctuer son existence. Le père est absent dans sa fonction paternelle structurante. C est en permanence dans la quête identitaire et affective.

Les abus sexuels viennent s'inscrire dans cette dynamique. Le "beau-père" violente la mère, abuse la fillette et ce pendant au moins trois ans. Les différentes tentatives de révéler ou de faire cesser les violences ne sont pas suivies d'effets. La menace est telle que le silence de C lui paraît être la seule protection possible ; la souffrance émerge alors par différents symptômes et comportements qui "enlisent" encore plus les relations avec sa mère, jusqu'à la rupture.

Cette situation de rupture matérialisée en ces symptômes bruyants au moment de l'hospitalisation représente la déliaison, qui s'opère au niveau inter et intrasubjectif.

Sur un plan intersubjectif, il s'agit de la dilacération des liens familiaux et de son environnement. Les relations à sa mère oscillent entre attaque et séparation impossible, alternant fusion et rejet, avec une quête affective perpétuelle. Elle est dans la demande de réparation et de comblement "des manques", qui la laisse prisonnière des liens à sa mère, n'ayant d'autres ressources actuellement que le recours à l'agir.

Au niveau intrasubjectif, la déliaison existe entre les affects et les représentations, avec un défaut d'élaboration symbolique. Cette déliaison s'étend aussi à l'inter-relation entre psyche et soma, avec réactivation des éléments

traumatiques antérieurs. C est chosifiée dans les abus sexuels et les abandons. Les gestes autoagressifs et les troubles des conduites, en plus d'avoir une probable valeur de message, peuvent représenter une tentative de maîtrise pulsionnelle.

Le suicide de son agresseur peut être en même temps qu'une possibilité pour elle de sortir de l'emprise, un élément particulièrement destructeur et culpabilisant (que peut représenter la mort de cet homme comme nouveau traumatisme, dans le cadre de l'identification à l'agresseur et de l'introjection de la culpabilité de celui-ci ? Sans oublier l'impossibilité pour elle désormais de porter plainte).

Les choix professionnels de C l'orientent vers un métier d'aide et de réparation, qui la confronte rapidement à ses difficultés. L'identification à l'agresseur se retrouve ici illustrée dans les gestes hétéroagressifs accompagnés d'une grande culpabilité, dans ses comportements rendant son intégration difficile en groupe, dans la mésestime permanente de soi, ...

b) À propos de la prise en charge :

La prise en charge institutionnelle et pluridisciplinaire consiste en une activité de liaison inter et intrapsychique.

Le contenant institutionnel a permis un apaisement des symptômes, par notamment sa fonction de pare-excitation. Il a permis à C de pouvoir rejouer sa problématique conflictuelle et son ambivalence par la labilité des transferts avec les différents soignants. Elle a pu repérer d'elle-même les différents intervenants et se servir de ces divers axes de travail, vivant les rapprochements de façon moins intrusive et moins dangereuse pour elle. La prise en charge a été difficile et les symptômes parfois bruyants.

Le travail individuel, notamment à partir du génogramme permet de figurer les liens familiaux et de repérer d'éventuels traumatismes, secrets familiaux et non-dits. C a en effet pu aborder les traumatismes subis lors de l'entretien autour du génogramme.

La confrontation au groupe des pairs (groupe de parole, médiations de groupe, espace de vie commun, ...) relance les processus d'identification en souffrance. Les médiations sur différents supports favorisent un espace imaginaire et de symbolisation.

Dans l'idéal, l'ensemble de la prise en charge est censé aider à la restauration narcissique, afin de se réapproprier un monde interne sécurisant, qui permettra une meilleure tolérance vis-à-vis des objets externes, et une autonomie alors possible.

Lors de cette prise en charge, les réflexions ont été multiples. Notamment, la question du signalement a soulevé de nombreuses interrogations. Sur un plan strictement légal, il nous a été répondu que celui-ci ne se discutait pas, afin de ne pas donner un sentiment d'impunité à cette jeune patiente et de protéger éventuellement d'autres enfants (en cas de récurrences). Le travail alors a été de permettre, puisqu'il n'y avait pas de danger imminent, à C de commencer à faire des liens entre son histoire personnelle et ce qu'elle pouvait rejouer dans ses différents passages à l'acte. La révélation de ses agissements devait également être entendue et être confrontée à la loi, qui n'a pas été structurante et intégrée par elle au cours de son enfance, afin de lui permettre de s'identifier et de percevoir un certain nombre de limites. Le fait qu'elle puisse faire cette démarche personnelle permet de figurer une certaine autonomie, la rend active dans la prise en charge et non plus passive dans la position d'être soumise à l'autre, et ceci d'une façon constructive. Il ne nous échappe pas que cet élément peut paraître artificiel et que la question de ce que nous induisons dans cette démarche est majeure. Néanmoins, la démarche paraît intéressante.

Il n'était en effet pas si simple aux différents intervenants initialement de ne pas faire l'amalgame entre l'histoire de C et celle d'enfants potentiellement agressés.

La complexité de la prise en charge permet de repérer les limites que nous rencontrons. En effet, au-delà des traumatismes sexuels qui sont ici importants, la problématique sous-jacente est bien la carence et c'est de cela dont C n'aura de cesse de souffrir. Ainsi, même si la carence affective, le manque de protection et les ruptures itératives sont repérés et que l'intérêt d'un travail familial est évident sur un plan théorique, la réalité est autre, actuellement. On repère bien encore une fois que

se centrer essentiellement sur les abus sexuels ne rend absolument pas compte de la problématique.

À sa sortie de l'unité, un certain cadre était posé, et C avait pu envisager un certain nombre d'axes de travail lors de l'hospitalisation, et notamment percevoir la spirale de ruptures successives et de répétitions qui commençaient à devenir non seulement invalidantes, mais aussi éventuellement condamnables au nom de la loi.

Les premières pierres étaient posées, mais beaucoup reste à faire sur un plan psychothérapeutique.

CONCLUSION

Le sujet reste d'actualité, même s'il est depuis ces dernières années longuement débattu, et nous repérons le chemin qu'il reste à faire, notamment dans le cadre de la prise en charge. Il ne suffit pas que la question des abus sexuels sorte de l'ombre et devienne un débat de santé publique pour que les enfants, les adolescents et les adultes trouvent soutien et aide appropriés.

Avec quelques années de retard par rapport aux pays nord américains notamment, la recherche et l'épidémiologie en France permettent d'approcher l'ampleur du phénomène. Ces différentes études mettent en évidence non pas une augmentation des abus sexuels (dont l'ampleur ne peut être qu'estimée), mais probablement surtout une augmentation des révélations et une amélioration de l'information et de nos connaissances dans ce domaine, pour faire passer un message qui se veut préventif auprès de la population.

À côté de cette information plus précise et plus large, l'évolution des lois, notamment en matière pénale, amène probablement à une meilleure prise en charge judiciaire des abus sexuels, tant du côté de la victime, que de celui de l'agresseur, même si le nombre de non-lieux (éventuellement par manque de preuve) reste très important. Dans ces situations, nous sommes éventuellement tous impliqués, en tant que professionnels, voire en tant que citoyens, avec des lois qui nous autorisent, voire nous imposent de mener des actions notamment de protection et d'évaluation.

Il s'agit probablement d'un des rares domaines, où la loi et la médecine doivent s'articuler, pour mener à bien des actions de prévention, mais aussi de soins les plus cohérentes possibles, voire même dans un cadre de contrainte judiciaire ou de privation de liberté. Le thérapeute, peu habitué à ce type de travail, peut se sentir mal à l'aise, entravé dans sa réflexion ; il n'a pourtant pas le droit de ne pas protéger et éventuellement dénoncer.

Et pourtant, malgré ces intrications entre soins et lois, que ce soit par le signalement, les expertises, éventuellement les injonctions de soins, nous percevons intuitivement, mais aussi dans la réalité, que signaler, reconnaître une victime, désigner un coupable ne suffit pas. S'appuyer sur la seule référence à la loi n'est probablement pas aidant.

Les différents axes de prise en charge doivent pouvoir avoir une finalité commune, le développement le plus harmonieux de l'enfant, de l'adolescent puis de l'adulte qu'il sera. Le pédopsychiatre et le psychiatre en particulier interviendront ici dans un cadre différent qui permettra à l'enfant de se développer et de se construire de façon adaptée. La question se pose donc comme nous l'avons vu de manière différente en pratique selon les professionnels, mais une réflexion commune des situations peut permettre une meilleure prise en charge.

La mission est vaste et demande de prendre du recul, pour pouvoir sortir de la sidération psychique et de l'effroi, que ne manquent pas d'amener ces situations. Penser les abus sexuels dans le cadre plus large de la maltraitance, de la carence affective et dans sa dimension dynamique et familiale est intéressant à plusieurs égards. Une réflexion psychopathologique amène à un regard différent sur la clinique et évite certains écueils. Cette réflexion nous amène à travailler dans le soin avec un sujet, bien sûr victime d'abus sexuels, mais surtout avec un sujet qui a une histoire personnelle et familiale particulière. Ainsi, il est important d'étudier au-delà de l'acte, les représentations de l'enfant et les différentes interactions qui ont aidé l'enfant à se construire et à se développer jusqu'alors, et sur quoi il va pouvoir continuer à s'étayer. En effet, l'acte criminel représente le plus souvent un élément, et ne résume pas l'ensemble de la problématique du sujet. Réfléchir à ces situations en dépassant la causalité linéaire, en acceptant de travailler au delà du traumatisme sans pour autant le dénier, en se détachant de la notion seulement de victime et de coupable, c'est prendre en compte toute la dimension dynamique intrapsychique et interpsychique qui existe pour le sujet dans sa famille. Cette vision permet aussi de pouvoir intégrer les différents conflits qui se jouent dans ces familles, en cas d'abus intrafamiliaux notamment, où les liens de parenté rendent probablement difficile à l'enfant de percevoir dans son parent un coupable uniquement. La notion de prise en charge respectueuse de la famille comprend ces éléments. Nous devons pouvoir nous sortir de cette réalité concrète, utile en d'autre lieu, pour travailler avec le sujet par rapport à ses représentations.

De plus, même s'il existe des particularités à chaque âge, il est probablement intéressant de réfléchir aux questions soulevées par ces agressions dans un continuum sur la vie entière. En effet, la prise en charge se veut préventive de conséquences psychopathologiques ultérieures, dont font partie la répétition éventuellement dans sa dimension transgénérationnelle.

Cette vision des abus sexuels, qui s'inscrit encore une fois dans le domaine plus large de la maltraitance et de la carence affective, nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et éventuellement pluri-institutionnelle, afin d'envisager l'ensemble des difficultés pour l'enfant ou l'adolescent et sa famille.

Ces situations mettent à mal également les différents intervenants et soignants, par ce qu'elles renvoient d'intolérable et d'incompréhensible.

Il paraît également important de prendre le temps de réfléchir à ce que nous induisons dans la relation, de gravité ou de réassurance. Ceci repose sur nos propres représentations et aura une incidence majeure. Le travail en équipe doit pouvoir également permettre de réfléchir à ces questions, avec les différents intervenants auprès de l'enfant.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que la prise en charge des victimes d'abus sexuels doit être faite par des intervenants formés et spécialisés. Les équipes pluridisciplinaires spécialisées existent actuellement de façon assez généralisée. Pourtant dans la réalité, nous repérons aisément à la fois les difficultés que rencontrent les différents soignants qui interviennent de fait auprès de ces enfants et la difficulté que nous rencontrons dans les relais, les équipes spécialisées ne pouvant à la fois assurer l'ensemble des évaluations et des suivis.

Ainsi, du fait du nombre important de situations d'abus sexuels décelées ou non, les différents soignants sont souvent impliqués, "au hasard des prises en charge". Afin d'éviter les différents écueils, qui vont de l'absence de prise en compte de la révélation à une action trop opératoire, nous pensons que cette

réflexion psychopathologique plus large et au-delà du traumatisme, permet aux soignants de pouvoir réfléchir aux situations d'une façon éventuellement plus constructive et préventive et de manière plus sereine. Cet éclairage différent aura une incidence dans la relation thérapeutique et peut permettre, avec B. Cyrulnik, de sortir de l'effroi et d'accepter d'envisager des potentialités de résilience. La prise en charge des jeunes adultes et des adultes inscrits dans des fonctionnements déjà bien invalidants nous montrent la limite de nos prises en charge, mais aussi le chemin à parcourir.

ANNEXE

TROUBLE F43.0 de la CIM-10 : Réaction aiguë à un facteur de stress.

d'après la CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.
Organisation Mondiale de la santé (Genève). Ed. Masson. 1993.

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress

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. Comme exemples d'événements stressants, on peut citer : les expériences traumatisantes comportant un risque important pour la sécurité ou la santé physique du sujet ou de ses proches (p. ex. une catastrophe naturelle, un accident, une guerre, une agression, un viol), ou les événements modifiant brusquement la position ou les relations sociales du sujet (p. ex. des deuils multiples ou un incendie). Un épuisement physique et des facteurs organiques (p. ex. chez les sujets âgés) peuvent favoriser le développement de ce trouble.

La survenue d'une réaction aiguë à un facteur de stress et sa sévérité dépendent de facteurs de vulnérabilité individuels et de la capacité du sujet à affronter un traumatisme; le trouble ne survient pas, en effet, chez tous les sujets exposés à un facteur de stress exceptionnel. 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 — voir F44.2), ou une agitation avec hyperactivité (réaction de fuite ou fugue). Le trouble s'accompagne fréquemment des symptômes neurovégétatifs d'une anxiété panique (tachycardie, transpiration, bouffées de chaleur). Les symptômes apparaissent habituellement dans les minutes qui suivent la survenue du stimulus ou de l'événement stressant, et disparaissent en deux à trois jours (souvent en quelques heures). Il peut y avoir une amnésie partielle ou complète de l'épisode (voir F44.0).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la présence d'une relation temporelle directe et évidente entre la survenue d'un facteur de stress exceptionnel et le début des symptômes; habituellement, la réaction est immédiate ou différée tout au plus de quelques minutes. La symptomatologie présente les caractéristiques suivantes :

- (a) elle est mixte et habituellement fluctuante; à l'état d'«hébétude» initial peuvent succéder des symptômes dépressifs ou anxieux, une crise de colère, un sentiment de désespoir, une hyperactivité ou un repli sur soi, mais aucun de ces symptômes ne se maintient longtemps au premier plan;
- (b) elle disparaît rapidement (en quelques heures tout au plus) dès que le sujet n'est plus soumis au facteur de stress. Dans le cas où le facteur de stress persiste ou ne peut pas être supprimé, les symptômes commencent habituellement à s'atténuer après 24 à 48 heures et disparaissent à peu près complètement en trois jours.

Ce diagnostic ne s'applique pas lors d'exacerbations soudaines de symptômes chez des sujets qui présentaient antérieurement des manifestations répondant aux critères d'un autre trouble psychiatrique, sauf s'il s'agit d'un trouble de la personnalité (F60). Néanmoins, la présence, dans le passé, d'un autre trouble psychiatrique ne fait pas éliminer le diagnostic.

Inclure : choc psychique
état de crise
fatigue de combat
réaction aiguë de crise

TROUBLE F43.1 de la CIM-10 : État de stress post-traumatique.

d'après la CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement.

Organisation Mondiale de la santé (Genève). Ed. Masson, 1993.

F43.1 État de stress post-traumatique

Ce trouble 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 (p. ex. catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol, et autres crimes). Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité (p. ex. compulsive ou asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-back »), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable d'« anesthésie 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 reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive.

Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés 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 il est rare qu'elle dépasse 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 (voir F62.0).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent pas être attribuées à un autre trouble (p. ex. un trouble anxieux, un trouble obsessionnel-compulsif, ou un trouble dépressif). L'événement traumatique doit être constamment remémoré ou revécu, comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes, de souvenirs intenses ou de rêves répétitifs. Le trouble s'accompagne souvent d'un sentiment de détachement, d'une restriction des affects, et d'un évitement des stimuli qui éveillent des souvenirs du traumatisme, mais ces manifestations ne sont pas indispensables au diagnostic. La présence de perturbations neurovégétatives, de troubles de l'humeur, et de troubles du comportement n'est pas non plus nécessaire au diagnostic.

Les séquelles chroniques et irréversibles d'un État de stress post-traumatique doivent être classées sous F62.0 (Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe).

Inclure : névrose traumatique

État de stress aigu : 308.3 et État de stress post-traumatique (PTSD) : 309.81.

d'après l'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION.DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.4^{ème} édition,traduction française par Guelfi JD. et al. Ed. Masson (Paris). 1996.

■ **Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble
État de Stress aigu**

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure 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. **N.B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. Durant l'événement ou après avoir vécu l'événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :
- (1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle
 - (2) une réduction de la conscience de son environnement (par ex. « être dans le brouillard »)
 - (3) une impression de déréalisation
 - (4) de dépersonnalisation
 - (5) une amnésie dissociative (i.e. incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme).
- C. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des manières suivantes : images, pensées, rêves, illusions, épisodes de flash-back récurrents, ou sentiment de revivre l'expérience, ou souffrance lors de l'exposition à ce qui peut rappeler l'événement traumatique.
- D. Évitement persistant des stimulus qui éveillent la mémoire du traumatisme (par ex. pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, gens).
- E. Présence de symptômes anxieux persistants ou bien manifestations d'une activation neuro-végétative (p. ex., difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice).
- F. La perturbation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ou altère la capacité du sujet à mener à bien certaines obligations comme obtenir une assistance nécessaire ou mobiliser des ressources personnelles en parlant aux membres de sa famille de l'expérience traumatique.

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F43.0 [308.3] Trouble État de Stress aigu (suite)**

- G. La perturbation dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines et survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique.
- H. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale, n'est pas mieux expliquée par un Trouble psychotique bref et n'est pas uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

■ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique**

- 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 très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure 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. **N.B.** : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) 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. **N.B.** : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.
 - (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.B.** : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
 - (3) impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **N.B.** : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
 - (4) sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(suite)

□ **Critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble État de Stress post-traumatique** *(suite)*

(5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Évitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- (1) efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- (2) efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- (3) incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- (4) réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- (5) sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- (6) restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).
- (7) sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) irritabilité ou accès de colère
- (3) difficultés de concentration
- (4) hypervigilance
- (5) réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 : AGOSTINI D. Du délit d'initié à l'internalisation de la contrainte par corps : L'inceste. *Adolescence*, printemps 1990 ; 8 (1) : 51-59.
- 2 : AGOSTINI D. Répétition chez les professionnels. In "Maltraitance, répétition, évaluation", Gabel M, Lebovici S, Mazet P. Ed. Fleurus (Paris), 1996 :127-139.
- 3 : ALAMÉDA A. Les 7 péchés familiaux. Ed. Odile Jacob (Paris), 1998.
- 4 : ALVIN P. Les adolescents victimes de violences sexuelles. In "les enfants victimes d'abus sexuels", M Gabel. Ed. Presses Universitaires de France, (1992), 1998 (3^o édition) : 93-105.
- 5 : ALVIN P, LEVY-LEBLOND E. L'inceste : les secrets du secret. *Nervure*, mars 1994 ; VII (2) : 16-24.
- 6 : AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4e édition (Version internationale, Washington DC, 1995). Traduction française par GUELFY J.D. et al., Ed Masson (Paris), 1996.
- 7 : BALIER C. Psychopathologie des auteurs de délits sexuels concernant les enfants. In "les enfants victimes d'abus sexuels", M Gabel. Ed. Presses Universitaires de France, (1992), 1998 (3^{me} édition) : 149-170.
- 8 : BALIER C. L'inceste : un meurtre d'identité. *Psychiatrie de l'enfant*, 1994 ; 37 (2) : 333-351.
- 9 : BALIER C. De la délinquance sexuelle à la psychopathologie. *L'information psychiatrique*, mai 1998 ; 5 : 451-454.
- 10 : BASQUIN M. Quelques remarques à propos de l'inceste. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985 ; 33 (6) : 221-224.
- 11 : BENHAMOU H. Abus sexuel et dépression chez l'enfant : clinique et thérapeutique. *Perspectives psychiatriques*, mai-juillet 1997 ; 36 (3) : 241-244.
- 12 : BIGRAS J, BALASC C. Ce qui se joue dans l'inceste père-fille. Remarques sur la destruction d'une identité. *Nervure*, mars 1988, 2 : 54-65.
- 13 : BOUHET R, LELONG S, PRADEAU F. Du viol, du secret et de la psychanalyse. Réflexion sur la place du secret opposable à la réparation du dommage. *Annales Médico-Psychologiques*, 1997 ; 155 (6) : 399-403.

- 14 : BOUHET B, PERARD D, ZORMAN M. De l'importance des abus sexuels en France. In "Les enfants victimes d'abus sexuels", M Gabel. Ed. Presses Universitaires de France, (1992), 1998 (3^{ème} édition) : 37-53.
- 15 : BOURCET S, TYRODE Y, SKURNIK N. Aspects socio-juridiques de l'inceste. Annales Médico-Psychologiques, 2000 ; 158 (4) : 345-349.
- 16 : BRODSKY BS, OQUENDO M, ELLIS SP. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. American Journal Psychiatry, november 2001 ; 158 (11) : 1871-1877.
- 17 : BRONCHARD M, ROBIN M, MAURIAC F. Prise en charge des adolescents et des adultes victimes de viols extrafamiliaux dans les suites récentes de leur agression. L'Encéphale, 2001 ; 27 : 1-7.
- 18 : CASONI D. Never Twice without Thrice : Outline for the Understanding of Traumatic Neurosis. International Journal of Psychoanalysis, 2002 ; 83 (1) : 137-159.
- 19 : CATOIRE G. Séduction et incestualité. In "La séduction". Journal de la psychanalyse de l'enfant. Ed. Bayard, 1999 : 73-90.
- 20 : CIM-10/ICD-10. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du comportement. Organisation Mondiale de la Santé (Genève). Ed. Masson, 1993.
- 21 : Code civil. Ed. Dalloz, 2003 (102^{ème} édition).
- 22 : Code pénal. Ed. Dalloz, 2003 (100^{ème} édition).
- 23 : CORDIER B, BROUSSE M. Les infractions sexuelles : prévention des récidives et assistance aux mineurs victimes. La loi du 17 juin 1998, ses circulaires et décrets d'application. Ed. Solvay Pharma.
- 24 : CORDIER B, SYLVESTRE M, LEYRIE J. Pathologies psychiatriques post-traumatiques. Ed. Techniques. Encyclopédie Médico Chirurgicale (Paris-France), Psychiatrie, 37-329-A-10, 1994, 6 p.
- 25 : CRIVILLÉ A. La relation de maltraitance. Répétition dans les familles. In "Maltraitance, répétition, évaluation", Gabel M, Lebovici S, Mazet Ph. Fleurus (Paris), 1996 : 117-126.
- 26 : CRIVILLÉ A. Un acte sexuel d'un adulte avec un enfant est-il toujours un acte de maltraitance ? Perspectives psychiatriques, 1988 ; 27^o année ; IV (14) : 259-262.

- 27 : CRIVILLÉ A, DESCHAMPS M, FERNET C, SITTLER M-F. L'inceste : comprendre pour intervenir. Ed. Dunod (Paris), 1996.
- 28 : CROCQ L. Stress et névrose traumatique. *Psychologie Médicale*, 1974 ; 8 : 1493-1531.
- 29 : CROCQ L. Critique du concept d'état de stress post-traumatique. *Perspectives Psychiatriques*, 1996 ; 35 (5) : 363-376.
- 30 : CYRULNIK B. Un merveilleux malheur. Ed Odile Jacob, (1999), 2002.
- 31 : CYRULNIK B. Le tissage de la résilience au cours des relations précoces. In "La résilience : le réalisme de l'espérance". Fondation pour l'enfance. Ed.Érés, 2001.
- 32 : DAR COURT G. Éthique et psychopathologie. *Perspectives Psychiatriques*, décembre 1996 ; 35 (5) : 341-342.
- 33 : DARVES-BORNOZ J-M. Le traumatisme du viol et de l'inceste. *Perspectives Psychiatriques*, décembre 1996 ; 35 (5) : 343-347.
- 34 : DONABEDIAN D A. La maltraitance : ses conséquences psychopathologiques et les risques de désorganisation somatique. *Perspectives Psychiatriques*, mai-juillet 1997 ; 36 (3) : 208-212.
- 35 : DOREY R. La relation d'emprise. *Nouvelle revue de psychanalyse*, automne 1981 ; 24 : 117-139.
- 36 : FAOU I. L'enfant victime d'inceste : attitudes soignantes et dynamiques institutionnelles. Thèse de Médecine (qualification en psychiatrie) : Nantes (1995).
- 37 : FELDMAN W, FELDMAN E, GOODMAN JT et al. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence ? An analysis of the evidence. *Pediatrics*, 1991 ; 88 (1) : 29-33.
- 38 : FERENCZI S. Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. 1933. In "Psychanalyse IV Oeuvres complètes 1927-1933". Ed. Payot, 1982 : 125-135.
- 39 : FINKELHOR D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 1994 ; 18, 5 : 409-417.
- 40 : FINKELHOR D, HOTALING G, LEWIS I A, SMITH C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women : prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 1990 ; 14 : 19-28.

- 41 : FOUCAULT M. Histoire de la sexualité. Ed. Gallimard, 1976.
- 42 : FOURNIER A : La loi du 17 juin 1998. Soins Psychiatrie, mai/juin 1999 ; 202 : 7-8.
- 43 : FRAPPIER J-Y, HALEY N, ALLARD-DANSEREAU C. Abus sexuels. Ed. Les Presses de l'Université de Montréal, 1990.
- 44 : FREUD A. Le moi et les mécanismes de défense. 1946. Ed. Presses Universitaires de France, 1975 (8^{ème} édition).
- 45 : FREUD S, BREUER J. Étude sur l'hystérie (1893-1895). Traduction française. Ed. Presses Universitaires de France, Paris (1956), 1992 (11^{ème} édition).
- 46 : FREUD S. Trois essais sur la théorie sexuelle (1905). Ed. Gallimard (Paris), 1987.
- 47 : FREUD S. Totem et tabou. 1912-1913. Ed. Gallimard (Paris), 1993.
- 48 : FREUD S. Inhibition, symptôme et angoisse (1926). Ed. Presses Universitaires de France (Paris), (1993) 1997 (3^{ème} édition "Quadrige").
- 49 : GABEL M. L'enfant abusé sexuellement. Perspectives psychiatriques, 1988 ; 27 (14) : 251-255.
- 50 : GABEL M (sous la direction de). Les enfants victimes d'abus sexuels. Ed. Presses Universitaires de France, (1992), 1998 (3^{ème} édition).
- 51 : GABEL M. Evolution de la législation française concernant la maltraitance : L'obligation faite aux médecins. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence, 1996 ; 44 (3-4) : 158-163.
- 52 : GABEL M, LEOVICI S, MAZET Ph (sous la direction de). Le traumatisme de l'inceste. Ed. Presses Universitaires de France, (1995), 2002 (4^{ème} édition).
- 53 : GABEL M, LEOVICI S, MAZET Ph (sous la direction de). Maltraitance, répétition, évaluation. Fleurus (Paris), 1996.
- 54 : GAUTHIER D. L'enfant victime d'abus sexuels. Nodules, Ed. Presses Universitaires de France (Paris), 1994.
- 55 : GOUBIER-BOULA M-O. Travail avec les familles maltraitantes : les souffrances qui restent invisibles. Neuropsychiatrie Enfance Adolescence, 1996 ; 44 (3) : 140-148.

- 56 : GRAPPE M. Violences sexuelles à enfants. Le suivi en psychothérapie. Perspectives Psychiatriques, mai-juillet 1997 ; 36 (3) : 194-202.
- 57 : HALPÉRIN S, BOUVIER P, REY WICKY H. À contre-cœur, à contre-corps. Ed. Médecine et Hygiène (Genève), 1997.
- 58 : HAMON F. La délinquance sexuelle, points de repères. Soins psychiatrie, mai/juin 1999 ; 202 : 4-6.
- 59 : HAYEZ JY. Les abus sexuels sur des mineurs d'âge : inceste et abus sexuel extra-familial. Psychiatrie de l'enfant, 1992 ; 35 (1) : 197-271.
- 60 : HAYEZ J-Y, DE BECKER E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Ed. Presses Universitaires de France, 1998 (2^{ème} édition).
- 61 : HAYEZ JY, DE BECKER E. Abus sexuel sur mineurs d'âge. Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie, 37-204-H-10, 1999, 5 p.
- 62 : HAYEZ J-Y, VERVIER J-F, CHARLIER D. De la crédibilité des allégations des mineurs d'âge en matière d'abus sexuel. Psychiatrie de l'enfant, 1994 ; XXXVII (2) : 361-394.
- 63 : HENIN M. Les psycho-traumatismes des enfants. Forensic, avril-juin / juillet-septembre, 2000 ; 2-3 : 24-34.
- 64 : Journal officiel de la République Française du 14 juillet 1989. Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance.
- 65 : Journal officiel de la République Française du 05 mars 2002. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- 66 : KRAMARZ M-H, SEVESTRE C, KOTTLER C. Consultation de victimologie ? La question de la spécificité. Perspectives Psychiatriques, décembre 1996 ; 35 (5) : 353-357.
- 67 : LAGARDE PS. Du traumatisme privé à la violence publique : les nouvelles souffrances. Psychiatrie Française, décembre 1997 ; 4 : 95-112.
- 68 : LAMOUR M. Perturbations des relations parents-nourrisson-intervenants : de l'interaction à la répétition. In "Maltraitance, Répétition, Évaluation". Ed Fleurus (Paris), 1996 : 155-172.

- 69 : LAMOUR M. Les abus sexuels à l'égard des jeunes enfants : séduction, culpabilité, secret. In "Les enfants victimes d'abus sexuels", M Gabel. Ed Presses Universitaires de France, 1998 (3^{ème} édition) : 55-77.
- 70 : LAPLANCHE J. De la théorie de la séduction restreinte à la théorie de la séduction généralisée. In "La séduction". Journal de la psychanalyse de l'enfant. Ed. Bayard, 1999 : 19-50.
- 71 : LAPLANCHE J, PONTALIS J-B. Vocabulaire de la psychanalyse. Ed. Presses Universitaires de France (Paris), 1967, 1998 (2^{ème} édition).
- 72 : LEOVICI S. La théorie de la séduction. In "Les enfants victimes d'abus sexuels", M Gabel. Ed. Presses Universitaires de France, (1992), 1998 (3^{ème} édition) : 11-17.
- 73 : LEOVICI S, SOULÉ M. Psychanalyse et pédiatrie. In : La connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Ed. PUF (Paris), 1970.
- 74 : LEGOUPIL R. Abus sexuels à l'égard des enfants. Thèse de Médecine (qualification en médecine générale) : Nantes (1998).
- 75 : LESOURD S. "Un enfant victime peut-il encore être sujet ?". Colloque.
- 76 : Le Robert, Dictionnaire de langue française. Ed. Le Robert, 1987.
- 77 : MACMILLAN HL, FLEMING JE, STREINER DL. Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. American Journal Psychiatry, November 2001 ; 158 (11) : 1878-1883.
- 78 : MAYER F. L'enseignement et l'éducation en France. De la révolution à l'école Républicaine. Ed. Nouvelle Librairie de France G.V. Labat, 1981 ; tome III.
- 79 : NATHASON M, MULLER MH, BELASCO C. Les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels. Diagnostic et prise en charge. Archives Pédiatriques, 1998 ; 5 : 84-88.
- 80 : Observatoire nationale de l'enfance en danger. La lettre trimestrielle de l'Odas, Septembre 1999, Novembre 2001 et Septembre 2002. disponible sur demande à l'Odas : 37, boulevard Saint-Michel, 75005 Paris. Site internet : www.odas.net
- 81 : PAPAIZIAN B. Quelques considérations psychanalytiques à propos de nos interventions en cas de mauvais traitement chez l'enfant. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1992 ; 40 (7) : 351-357.

- 82 : PAPAZIAN B. Bref essai d'analyse des mécanismes inconscients qui interviennent dans la répétition transgénérationnelle d'abus physiques ou sexuels. *Psychiatrie de l'enfant*, 1994 ; XXXVII (2) : 353-360.
- 83 : PAWLAK C. Épidémiologie des abus sexuels : le regard des adolescents. *Adolescence*, 1998 ; 16 (1) : 191-207.
- 84 : PICHOT F, ALVIN P. L'inceste père-fille. Expérience clinique à partir de 20 cas dans une unité de médecine pour adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985 ; 33 (6) : 235-240.
- 85 : RACAMIER P-C. L'inceste et l'incestuel. Les éditions du Collège, 1995.
- 86 : RACAMIER P-C. Autour de l'inceste. In "Choix de textes post-freudiens", M. Sanchez-Cardenas. Ed. Masson (Paris), 1997 : 33-46.
- 87 : RAZON L. Énigme de l'inceste. Du fantasme à la réalité. Ed. Denoël (Paris), 1996
- 88 : RAZON L. Les racines d'un inceste annoncé. *Psychiatrie de l'enfant*, 1997 ; XI (1) : 65-86.
- 89 : REY C. Violences sexuelles sur les adolescents : au-delà de l'urgence des constatations médico-légales. *Archives Pédiatriques*, 2001 ; 8 suppl 2 :485-486.
- 90 : ROBIN B. Chronique d'un centre de crise. Mémoire de D I U : "Étude et Prise en charge des conduites suicidaires", 2000-2001.
- 91 : ROUYER M. Conséquences de l'abus sexuel à l'égard de l'enfant. *Perspectives psychiatriques*, 1988 ; IV (14) : 256-258.
- 92 : RUSSEL D E H. The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 1983 ; 7 : 133-146.
- 93 : SABOURIN P. Psychanalystes, à quoi pensez vous ? *Perspectives Psychiatriques*, 1988 ; 27 (14) : 263-265.
- 94 : SABOURIN P. Face à l'inceste, la thérapie familiale pourquoi ? In : "les enfants victimes d'abus sexuels", M Gabel. Ed. Presses Universitaires de France, (1992), 1998 (3^e édition) : 213-225.
- 95 : SANCHEZ-CARDENAS M. Choix de textes post-freudiens. Ed. Masson (Paris), 1997.

- 96 : Secret, révélation, abstention ... Les limites de la liberté de conscience du professionnel dans le nouveau code pénal. Informations - Conseils en ligne ; Compétences loi n° 97-308 du 07/04/97. contact@rg-online.org
- 97 : SUMMIT R C. The child sexual abuse. Accomodation syndrome. Child abuse and neglect, 1983, 7 : 177-193.
- 98 : TERR L C. Chilhood traumas : An outline and overview. American Journal Psychiatry, january 1991 ; 148, 1 : 10-20.
- 99 : THOUVENIN C. Attitudes des intervenants devant les cas d'abus sexuels intra-familiaux : une méconnaissance surprenante. Perspectives psychiatriques, 1988 ; 27 (14) : 273-277.
- 100 : TOMKIEWICZ S. L'émergence du concept. In "La résilience : le réalisme de l'espérance". Fondation pour l'enfance. Ed.Érés, 2001.
- 101 : VAN GIJSEGHEM H. L'enfant mis à nu - L'allégation d'abus sexuel : la recherche de la vérité. Ed. Le Méridien, 1992.
- 102 : WELNIARZ B. L'obligation de signalement au regard du code pénal de 1994. Perspectives Psychiatriques, mai-juillet 1997 ; 36 (3) : 245-7.
- 103 : WINNICOTT DW. De la pédiatrie à la psychanalyse (1958). Ed. Payot (traduction française, 1969), 2000.
- 104 : WOLTERS WHG. Le couple à trois - L'inceste. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1985 ; 33 (6), 241-249.

NOM : HERMOUET

PRÉNOM : Laure

Titre de Thèse :

LES ABUS SEXUELS - Interrogations et positionnement des soignants.

RÉSUMÉ

La fréquence des abus sexuels, approchée par différentes études épidémiologiques, et la potentielle gravité des conséquences psychopathologiques restent un problème majeur de santé publique et de société.

À partir de la clinique et des références théoriques, nous sommes amenés à avoir une réflexion psychopathologique plus large, dans une dimension dynamique inter et intrasubjective qui inclut la question transgénérationnelle. Différentes réflexions sur la place du secret, la réalité psychique, la position de victime, nous amènent à réfléchir à la place respective des différents intervenants auprès des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels, en incluant la référence à la loi, afin de pouvoir inscrire ces différents éléments dans la prise en charge la plus respectueuse possible de l'enfant et de sa famille, dans une optique également préventive.

MOTS-CLÉS

Abus sexuels, Psychiatrie, Justice, Équipe pluridisciplinaire, Secret, Transgénérationnel.