

Psychiatrie et violence



Psychiatrie et violence

Après le dévoilement : la prise en charge des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels

Évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels et propositions dans une perspective de thérapie familiale et systémique

Marc Favez

Numéro hors-série, 2001

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074838ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074838ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Institut Philippe-Pinel de Montréal
Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires du Département de psychiatrie du CHUV (Suisse)

ISSN

1702-501X (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Favez, M. (2001). Après le dévoilement : la prise en charge des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels : évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents victimes d'abus sexuels et propositions dans une perspective de thérapie familiale et systémique. *Psychiatrie et violence*. <https://doi.org/10.7202/1074838ar>

Psychiatrie et violence. www.pinel.qc.ca/psychiatrie_violence
Juin 2001

**Évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents
victimes d'abus sexuels et propositions dans une perspective de
thérapie familiale et systémique**

Mémoire déposé auprès de l'
Institut de Formation Systémique,
Formation avancée en Thérapie Familiale
Fribourg

Marc Favez
Assistant social
Septembre 1997

APRÈS LE DÉVOILEMENT :
LA PRISE EN CHARGE
DES ENFANTS ET ADOLESCENTS
VICTIMES D'ABUS SEXUELS

Évaluation de la prise en charge des enfants et adolescents
victimes d'abus sexuels et propositions dans une perspective de
thérapie familiale et systémique

Mémoire déposé auprès de l'
Institut de Formation Systémique,
Formation avancée en Thérapie Familiale
Fribourg

Marc Favez
Assistant social
Septembre 1997

© Marc Favez
Service de Protection de la Jeunesse
B.A.P., CH-1014 Lausanne
☎ 41 21 316.53.52
E-mail : marc.favez@spj.vd.ch

REMERCIEMENTS	4
INTRODUCTION	5
Objet de l'étude	5
Prévalence des abus sexuels et intervention du SPJ	6
Recherches actuelles en matière d'abus sexuels	7
Pertinence d'une approche systémique et de la thérapie familiale.....	8
I. L'ABUS SEXUEL ET SES CONSÉQUENCES	9
1. Symptômes-écrans	10
2. Stress post-traumatique	12
3. Emprise	14
II. PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE DANS LE CANTON DE VAUD	17
1. Internats éducatifs	18
2. Institutions psychiatriques pour enfants et adolescents	20
3. Groupes thérapeutiques pour enfants et adolescents	21
4. Psychothérapies individuelles et familiales	24
III. AIDER L'ENFANT ET L'ADOLESCENT VICTIMES D'ABUS SEXUEL	28
1. Faut-il soigner tous les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels ?.....	28
2. Demande, résistance, et obligation de suivre un traitement.....	30
3. Quand et comment soigner les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels ?.....	32
4. Les capacités d'auto-guérison de l'enfant et de son système familial	35
CONCLUSION	41
ANNEXE	43
BIBLIOGRAPHIE	47

REMERCIEMENTS

J'aimerais exprimer ma reconnaissance :

- à Reynaldo Perrone, pour son enseignement et ses qualités humaines, qui m'ont été utiles bien au-delà de mon activité professionnelle
- à Daniel Gloor, pour ses conseils et encouragements dans la préparation de ce mémoire
- à Mmes Luisa Rossi et Christiane Dépraz et M. Ueli Tecklenburg, au Secrétariat Général du DPSA, pour leur soutien «technique»
- à Mmes Nicole Eichenberger et Carole Gachet et MM. Olivier Bonard, Jean-Marie Chanez et Olivier Van Op Den Bosch, qui ont bien voulu consacrer un peu de leur temps à cette recherche; qu'ils veuillent bien croire que les critiques que j'ai pu formuler à l'égard de leur travail sont d'ordre méthodologique et non personnel
- à mes collègues du Service de Protection de la Jeunesse, qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire
- à ma famille, qui m'a parfois un peu perdu de vue...

INTRODUCTION

«Dénoncer aux autorités judiciaires - ou signaler les faits pour prendre un terme plus atténué - ce n'est pas une manière de se libérer d'un poids ou de partager une responsabilité. Si tel est l'objectif, on se trompe de lieu. Signaler - ou plutôt dénoncer, cette fois-ci le terme est plus exact - c'est avant tout mettre en route la machine judiciaire. La justice dispose sans doute de certains avantages (elle peut arrêter un processus en cours, elle peut dévoiler d'éventuelles complicités, elle peut permettre une prise de conscience) mais elle présente aussi une série de difficultés (elle contribue à la stigmatisation et à l'étiquetage, elle ravive la douleur et ouvre à nouveau la blessure, elle consolide des situations parfois incertaines, elle renforce l'exclusion). La machine judiciaire, c'est à la fois une machine qui juge, une machine qui tranche, une machine qui blesse et une machine qui tue. La difficulté majeure c'est qu'il faut continuer à vivre *après* l'intervention de la justice et que, dans la plupart des cas, la situation est définitivement brisée.»

Françoise Tulkens¹

Objet de l'étude

Après avoir été ignorée ou déniée, la question des mineurs victimes d'abus sexuels est un des thèmes «à la mode» de l'actualité psychosociale en Suisse romande. La dénonciation de telles situations et la condamnation des abuseurs est moins rare que par le passé.

Durant ces dernières années, on s'est beaucoup intéressé au dévoilement de l'abus sexuel, notamment aux indices permettant d'identifier les enfants victimes d'abus sexuels, et aux procédures qui permettent de les protéger. Plus récemment, on a réfléchi aux moyens thérapeutiques spécifiques à mettre à leur disposition, notamment en créant des groupes thérapeutiques pour enfants et adolescents victimes d'abus sexuels, mais également en développant les structures médicales et psychiatriques (création d'un CAN-Team au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, développement de la structure ATEMA - Accueil et Traitement de l'Enfant Maltraité et Abusé - dans le cadre du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du canton de Vaud).

Cependant, malgré ces nouveaux moyens à leur disposition, les travailleurs sociaux du Service de Protection de la Jeunesse du canton de Vaud (SPJ) restent souvent confrontés, dans les situations d'abus sexuels qui leur sont signalées, à la difficulté de mettre en place des mesures d'aides; en particulier, ils peuvent observer une réticence des victimes et de leurs familles à entrer dans un processus thérapeutique, quel qu'il soit. Dans plusieurs situations, dont certaines sont particulièrement dramatiques à cause des graves symptômes développés par les enfants et adolescents abusés, le dévoilement semble n'avoir amené aucun bénéfice; au contraire, les tentatives d'accéder à l'indicible dans l'espoir d'atténuer la douleur et les symptômes ne sont que de pénibles intrusions qui ravivent la blessure inutilement. Il arrive même que la situation se révèle pire après la révélation de l'abus, notamment lorsque l'enfant revient sur ses dires et que l'inceste retourne dans le silence.

¹ TULKENS F. : *Thérapie, droit et médias : des lieux et des mots*. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 17, pp. 65-71

Dans le cadre de ma formation à l'Institut de Formation Systémique, j'ai particulièrement bénéficié de l'apport de R. Perrone sur ce sujet, notamment le développement qu'il a fait du concept d'*emprise*. Celui-ci tend à être admis dans la littérature récente et me paraît essentiel à la compréhension de l'abus sexuel et à sa thérapie. J'ai assez logiquement formulé l'hypothèse suivante : «la difficulté des victimes et de leur entourage à entreprendre une démarche thérapeutique est une conséquence directe des mécanismes d'emprise».

Pour la vérifier, j'ai commencé par élargir mon champ d'investigation, en dressant au moyen d'une recherche bibliographique une sorte d'«inventaire» des troubles qui résultent des abus sexuels - l'emprise n'étant plus que l'un d'entre eux. Puis j'ai examiné la question de l'offre d'aide (thérapeutique ou socio-éducative) aux enfants et adolescents victimes d'abus sexuels et à leur famille, notamment à l'aide d'interviews.

Enfin, un certain nombre de questions pouvaient être discutées sur cette base, notamment à propos de la nécessité du soin, de la demande de soin et de la résistance au traitement, du moment propice pour l'envisager, et surtout des possibilités de mobilisation du système familial. En effet, si les moyens thérapeutiques à disposition ne peuvent apporter dans tous les cas une solution aux difficultés de l'enfant abusé, et en particulier à la relation d'emprise dans laquelle il reste pris après et malgré la révélation de l'abus, il reviendrait à l'assistant social de favoriser le développement d'autres ressources qui tiennent compte de cette réalité et soient suffisamment respectueuses de la victime, y compris de sa volonté parfois de ne plus reparler de ce qu'elle a subi.

Prévalence des abus sexuels et intervention du SPJ

Les études sur la prévalence des abus sexuels qui sont faites en Europe ou en Amérique du Nord laissent toutes apparaître des chiffres effarants : le 30% de la population féminine et le 10% environ de la population masculine seraient victimes dans leur enfance d'une forme ou l'autre d'abus sexuels. L'étude genevoise de 1991 (1130 adolescents âgés de 13 à 17 ans, élèves du Cycle d'orientation, ont été interrogés) laisse apparaître des chiffres semblables - elle inclut toutefois les cas d'exhibitionnisme.²

On devrait donc logiquement penser que les services de protection de l'enfance sont submergés de signalement d'abus sexuels sur des mineurs; ce n'est pourtant pas le cas. Dans le canton de Vaud, 3'669 mineurs étaient suivis par le SPJ, soit 2.65% de la population mineure du canton. Sur ce nombre, on peut estimer au maximum à 10% les situations où l'existence d'un abus sexuel est une hypothèse de travail et à 5% celles où il est objectivé.

D'une étude interne au Département de la prévoyance sociale et des assurances portant sur tous les nouveaux signalements au SPJ (409 situations) durant 7 mois (de février à août 1994), il ressort que seuls 10 signalements avaient pour motifs les abus sexuels; dans 7 autres cas ils étaient suspectés.³ La statistique interne du SPJ fait état pour 1996 de 22 situations (nouvelles ou anciennes) où des abus sexuels ont été dénoncés. Il faut y ajouter quelques unes qui ont échappé à la statistique et en retrancher probablement un nombre égal de situations où les abus ne sont pas objectivés. Les organes de police vaudois reçoivent pour leur part chaque année environ 200 dénonciations pour attentat à la pudeur des enfants.

² Cf. HALPÉRIN D. : *Abus sexuels d'enfants : du déni à la quantification*. In : *Courrier du Médecin Vaudois*, février 1997, n° 1, pp. 5-7.

³ TECKLEBURG U., ECOEUR Y. : *Décisions de placements de mineurs dans le canton de Vaud*. DPSA, Service de Protection de la Jeunesse, Lausanne, 1996.

Cela signifie que le SPJ ne reçoit que très peu de signalements par rapport à l'importance supposée du phénomène des abus sexuels. On peut bien sûr tenter de relativiser les chiffres avancés par les études statistiques, et reconnaître que l'on ne peut pas dénombrer précisément les enfants qui subissent une forme ou l'autre d'abus sexuel. Cela n'empêche pas que l'on soit loin du compte semble-t-il...

Cependant, sur 70 enfants que je suis actuellement, ce qui représente 42 familles, pour 4 d'entre eux (dans 3 familles) seulement des abus sexuels ont été objectivés. Mais, outre 1 situation où l'abus sexuel constitue sans qu'il soit objectivé le motif d'intervention, je suis encore 4 familles dans lesquelles au moins un des parents a subi des abus sexuels et 5 autres où l'on peut raisonnablement penser que l'un de ses membres (parent ou enfant) a été abusé. Cela revient à dire que la question des abus sexuels est plus ou moins présente dans 13 familles sur 42.

Mon enquête interne⁴ laisse apparaître qu'essentiellement deux types de situations nous sont signalées : celles où les parents soutiennent adéquatement leur enfant et demandent plutôt des conseils pour faire face à ce traumatisme - en général, ils peuvent assez facilement demander et obtenir un soutien thérapeutique lorsqu'il apparaît nécessaire; et celles où les parents sont peu adéquats ou franchement inadéquats - dans ces cas, des mesures tutélaires sont décidées soit pour soutenir les parents dans leur tâche éducative, soit pour leur retirer la garde de leur enfant. Dans ces derniers cas, les chances de voir aboutir ces situations à une prise en charge thérapeutique sont nettement moindres.

Ainsi, comme ma «démonstration» chiffrée le montre, la question des abus sexuels est assez présente dans notre champ professionnel, et surtout dans les familles où elle est irrésolue... Cela signifie qu'il n'est pas déplacé de s'y intéresser de plus près, pas seulement pour augmenter les moyens de dépistage comme c'est le cas actuellement, mais aussi et surtout pour réfléchir aux moyens de prise en charge. Parce que si le taux de dépistage venait à augmenter sensiblement, on peut penser que c'est surtout les cas de la deuxième espèce (ceux où les parents n'offrent pas une protection suffisante à l'enfant) qui surgiraient. Et nos structures traditionnelles ne seraient probablement pas en mesure de répondre à ces nouveaux besoins - puisque l'on va en raison de la pression économique actuelle vers une diminution du nombre de places dans les institutions éducatives notamment.

Recherches actuelles en matière d'abus sexuels

Sans prétendre être exhaustif, je relève quelques pistes intéressantes en matière de recherche :

- autour du dévoilement, de l'allégation d'abus sexuel et de la recherche de la vérité : comment augmenter la valeur du témoignage de l'enfant dans les cas d'allégations vraies; comment empêcher la manipulation de l'enfant amené à faire de fausses allégations et comment les reconnaître
- à propos de la thérapie, des prises en charge et du traitement : l'expertise familiale et la thérapie sous mandat; la prise en compte du développement cognitif de l'enfant dans l'élaboration de la prise en charge
- à propos de la prévention : sur le risque qu'implique la médiatisation actuelle des phénomènes de maltraitance et une volonté politique d'éradiquer les mauvais traitements.

⁴ Cf. Annexe, Résultats de l'enquête interne au SPJ portant sur 18 situations d'abus sexuels annoncées en 1995 et 1996.

Pertinence d'une approche systémique et de la thérapie familiale

Le fait même que les abus sexuels soient le plus souvent perpétrés à l'intérieur de la famille fait de l'approche systémique un outil privilégié pour aborder ces questions. Historiquement d'ailleurs, elle a contribué à la fin du silence où, à cause de la confusion entre l'inceste et le désir oedipien, les abus sexuels étaient confinés. Mais c'est surtout le fait de se centrer sur l'aspect relationnel de l'abus, même si la thérapie est menée individuellement, qui paraît être déterminant dans l'apport de la démarche systémique.

De fait on a relevé depuis longtemps le caractère répétitif transgénérationnel des abus sexuels, même si ceux-ci sont perpétrés par quelqu'un d'extérieur à la famille (dans ces cas, les parents se révèlent souvent incapables d'assurer la protection de leurs enfants parce que leurs propres mécanismes de défense sont inhibés par les abus qu'ils ont eux-mêmes subis). On a aussi depuis longtemps observé l'inversion des rôles familiaux dans la dynamique incestueuse, et la confusion qui en découlait. Avec le concept de l'emprise, on étudie maintenant les caractéristiques de la relation entre l'abuseur et la victime, particulièrement l'impossibilité de cette dernière de s'y soustraire.

Par ailleurs, si l'on tient compte que l'enfant qui a vécu l'inceste doit trouver des ressources pour continuer à se développer et surmonter en plus le traumatisme qui en résulte, on est alors forcément appelé à reconsidérer la fonction de la famille : peut-elle se reconstituer après cet événement traumatique, est-elle suffisamment protectrice pour l'enfant ou au contraire est-elle destructrice, l'enfant va-t-il pouvoir y retrouver une place d'enfant et les parents reprendre leur rôle d'adulte ? Peut-on aider la famille à reprendre son rôle ? Et sinon, qu'est-il envisageable de faire pour l'enfant qui se trouve privé de famille ?

Par rapport aux trois axes de recherche brièvement exposés plus haut, on relèvera encore l'apport particulier de l'approche systémique, et notamment du constructivisme, en ce sens que l'intervenant se considère comme faisant partie du système; il adopte dès lors des comportements qui en sont respectueux (écologiques).

Le premier principe est qu'il va chercher à ne pas nuire au système. Cela l'incite à la prudence face aux allégations d'abus sexuels, sachant qu'une dénonciation calomnieuse peut produire des effets secondaires plus graves encore que l'acte que l'on veut proscrire. Il ne peut être que prudent et respectueux dans l'établissement d'un processus thérapeutique, d'autant plus s'il intervient sur mandat, pour éliminer les risques de victimisation secondaire. Il est enfin réaliste à propos des risques de maltraitance qui subsistent dans la famille, sachant qu'elle doit «être considérée avant tout comme un lieu de ressources propice à faciliter le changement».⁵

⁵ **HARDY G. : Familles maltraitantes !!!** In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 17, pp. 109-117.

L'ABUS SEXUEL ET SES CONSÉQUENCES

Définitions

Le terme d'*abus sexuel* désigne en général l'implication d'enfants ou d'adolescents dans des activités sexuelles diverses (avec ou sans contact physique entre l'abuseur et la victime) qui s'inscrivent dans des relations suivies (lorsque l'abuseur est connu de la victime) ou occasionnelles (exhibitionnisme...), inégalitaires et non-consensuelles. Quoique ce terme puisse s'étendre à toute forme d'interaction sexuelle imposée à quelqu'un par une personne qui se trouve en position de pouvoir, je retiendrai ici la définition la plus étroite et considérerai prioritairement les abus perpétrés par un adulte sur un enfant ou un adolescent.⁶

Le terme d'*inceste* au sens strict (légal) désigne tout acte sexuel entre personnes d'une même famille, ascendants et descendants ou frères et soeurs, consanguins ou utérins. L'inceste n'implique pas forcément un abus. Mais comme on le sait, la plupart des abus sexuels sont intrafamiliaux. Il me paraît donc utile d'utiliser ce terme également pour désigner un acte sexuel abusif perpétré sur un enfant par un beau-parent, concubin(e) d'un des parents, un autre membre de la famille ou un proche pouvant être considéré comme en faisant partie.

Bien qu'un climat incestueux puisse être facteur de nuisances importantes également, les deux termes précités s'appliqueront ici aux cas où il y a un passage à l'acte, que ce soit par une atteinte physique (de quelque nature que ce soit) à son intégrité corporelle ou une intrusion délibérée (par le voyeurisme, des paroles obscènes ou la pornographie par exemple) dans son intimité psychique et sexuelle.

Par ailleurs, je préfère utiliser le mot *victime* à celui de *survivant-e* pour désigner l'enfant qui a subi un abus sexuel. Bien que *survivant* ait pour certains une connotation plus positive (pour Y. Dolan, il implique que ces client-e-s possèdent tout ce qui est nécessaire pour survivre, c'est-à-dire la ténacité l'énergie, les capacités, les ressources etc.) que *victime*, je trouve ce dernier terme pour ma part plus approprié pour désigner la position de l'enfant abusé par un adulte.

Enfin, en fonction de ma sensibilité personnelle, j'utiliserai en général le masculin (dans son sens générique) pour parler des victimes, même si selon les connaissances actuelles trois-quarts d'entre elles sont des filles.

Classifications des symptômes et des comportements en fonction du dépistage

Comme je le relevais en introduction, lorsqu'on a commencé à s'intéresser aux abus sexuels on a cherché d'abord à les dépister, notamment en repérant les indices qui permettraient d'identifier les enfants victimes d'abus sexuels. O. Masson avait ainsi classé les symptômes en trois sous groupes : psychologiques et comportementaux, psychosomatiques, physiques.⁷ Pour sa part, D. Sullivan Everstine avait déterminé une liste de 18 facteurs de risques et

⁶ Les abus commis entre enfants doivent être considérés avec une plus grande prudence, notamment en fonction de la différence d'âge, du degré de discernement et de consentement, et de la présence ou non de violence et de coercition.

⁷ MASSON O. : *Les abus sexuels envers les enfants*. In : *Bulletin des médecins suisses*, n° 41, 1986, pp. 1881-1882.

descriptions de dynamiques familiales incestueuses, pouvant jouer le rôle «d'indicateurs d'inceste» dans une famille - elle recommandait de pousser l'investigation si trois ou quatre de ces facteurs apparaissaient.⁸

Utiles lorsqu'il s'agissait de sensibiliser les professionnels à l'existence des abus sexuels et de l'inceste, ces descriptions ne m'ont cependant pas paru pertinentes pour ce travail. D'une part les symptômes physiques ne sont que très rarement présents à l'examen clinique d'un enfant dont on pense qu'il a subi des abus sexuels (Van Gijsegem parle d'un cas sur mille...). D'autre part, les symptômes psychologiques et psychosomatiques énumérés ne permettent pas de fonder une méthodologie de prise en charge, s'agissant d'enfants dont on sait qu'ils ont subi des abus sexuels (même s'ils se sont rétractés et/ou que l'abuseur n'a pas été poursuivi pénalement). Tout au plus, ces check-lists permettent à l'intervenant de faire l'hypothèse de l'existence d'un tel problème, et ainsi oser l'aborder concrètement - ce qui peut permettre par ailleurs l'élaboration d'autres explications.⁹

J'ai donc préféré parler de *conséquences* de l'abus sexuel, qui ne sont pas toutes symptomatiques (c'est à dire perceptible ou observable), et les regrouper en fonction de leur sens plutôt que de leur façon de se manifester.

1. Symptômes-écrans

Pour T. Bastin,¹⁰ les symptômes-écrans apparaissent à l'adolescence, âge auquel le dévoilement de l'inceste a le plus souvent lieu, et sont en général des actes commis sur le mode de troubles comportementaux. Il s'agit de comportements tels que : fugue, délinquance, sexualité de type compulsif, toxicomanie et autres conduites addictives, troubles alimentaires (anorexie, boulimie); ils peuvent avoir une connotation clairement autodestructrice : automutilation, tentative de suicide; il peut s'agir aussi de comportements socialement inadaptés : absentéisme scolaire, agressivité inopportune avec autrui, tendance à s'isoler.¹¹

Le terme *symptôme-écran* se rapporte donc aux symptômes produits par la victime avant ou après le dévoilement des abus sexuels et qui ont pour fonction à la fois de cacher et de révéler l'existence du problème. Parce que la souffrance ne se manifeste jamais par des voies explicites, le symptôme révèle son existence, sans toutefois le faire de manière directe.

La fonction du symptôme est triple. C'est d'abord un appel (un «corps parlé» comme dit Bastin) pour le système environnant, souvent parce que les mots n'ont pas été entendus, ou tout simplement parce que la souffrance ne peut ni être mise en mots ni être totalement refoulée.

Il agit ensuite comme régulateur pour le système familial, en ce sens qu'il extériorise le mal sans toutefois déstabiliser le système; par son symptôme, l'adolescent-e peut même d'une

⁸ SULLIVAN EVERSTINE D. : *L'inceste*. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 10, pp. 29-34.

⁹ Cf. à ce sujet LEBBE-BERRIER P., KHELIFA O., BERRIER J.-M. : *Les violences sexuelles dans la famille (partie 2)*. In : *Thérapie familiale*, 1996, vol. 17, n°2, pp. 295-307.

¹⁰ BASTIN T. : *Abus sexuel intra-familial : une approche intégrée multidisciplinaire. De la crise familiale à la prévention*. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 10, pp. 45-57.

¹¹ On retrouve certains de ces symptômes (tentatives de suicide, automutilation, fugues à risque, toxicomanie) dans les résultats de l'enquête effectuée par M. VANNOTTI et N. JACOT-MANTEGAZZI sur 77 adolescentes placées à la Maison de Gorgier entre 1980 et 1990. In : *Le silence comme un cri à l'envers*. Genève, Médecine et Hygiène, 1992.

certaine manière assumer la responsabilité de l'inceste lorsqu'il est dévoilé, par exemple en adoptant des comportements sexuels très provocateurs ou en mentant systématiquement, de telle sorte que l'on pourra dire qu'il a inventé cette histoire ou qu'il a mérité ce qui lui est arrivé... Le symptôme provoque aussi une polarisation du système : chacun y réagit, en l'encourageant ou en le rejetant, et adopte un comportement qui s'organise autour de la présence du symptôme. Ainsi, chacun se protège de sa propre souffrance. En général, le symptôme protège plus particulièrement une personne du système (par exemple, la mère qui refuse de voir l'inceste...); le plus souvent, celui qui porte le symptôme le sait, le perçoit, et se sacrifie.

Mais le symptôme protège surtout l'individu parce qu'il le détourne de la vérité, de l'horreur inacceptable. Au-delà du symptôme il y a l'inavouable. Au travers de son symptôme il ne sait plus exactement qui il est. Le symptôme est un masque qui permet de cacher sa souffrance, de conserver sa dignité et de survivre, de garder une place, une forme d'insertion. Ainsi le symptôme permet à la victime d'un abus sexuel ou d'un inceste de protéger son intimité violée de nouvelles intrusions, de maintenir l'illusion d'une famille dont elle a encore besoin, et de recevoir de l'attention à l'extérieur de la famille sans la trahir.

Ces trois composantes rendent l'intervention autour du symptôme mal aisée, car il fait partie du fonctionnement du système et il est amplifié par des apprentissages et des messages qui sont destinés à l'ancrer profondément. Dénoncer la fonction du symptôme ne va donc pas amener de changement, tant son utilité est complexe. Il faudra développer une stratégie pour permettre de ne plus utiliser le symptôme. Et pour y parvenir, l'intervenant doit dépasser cette protection, pénétrer à travers le symptôme, pour arriver à nommer l'innommable. Il y a alors une rencontre existentielle entre la victime et l'intervenant (ce qui suppose que lui-même ait sondé et touché son propre inavouable...); c'est lorsque la victime se sent comprise que le symptôme peut disparaître et qu'en définitive l'intervention est utile.¹²

Mais à ce point, il est utile de préciser que la production de symptômes que nous venons d'évoquer n'est pas forcément révélatrice d'une dynamique familiale incestueuse.¹³ A l'inverse, même si les abus sexuels génèrent d'autres troubles comme nous le verrons plus loin, toutes les victimes d'abus sexuels ne développent pas des symptômes-écrans; il ne s'agit que d'une minorité d'entre elles - ce qui expliquerait en partie le peu de signalements d'enfants victimes d'abus sexuels aux instances de protection de la jeunesse. Et contrairement au traumatisme, la gravité des symptômes-écrans n'est pas forcément proportionnelle à la gravité des abus perpétrés. C'est en fonction d'une dynamique familiale particulière, qui existait probablement avant les abus sexuels, voire même qui a permis qu'ils arrivent, que l'enfant ou l'adolescent développe ces symptômes.

¹² L'essentiel des 3 derniers paragraphes est repris de notes personnelles d'un cours de R. Perrone à l'IFS, formation avancée en thérapie familiale, 1995.

¹³G. Hardy dit, dans l'article déjà cité, rencontrer régulièrement des parents déstabilisés par des professionnels convaincus que les difficultés scolaires, comportementales, ou sociales de l'enfant sont révélatrices de problématiques familiales latentes et cachées. Sous pressions, ces parents sont prêts à reconnaître que cela ne va pas dans leur famille et qu'ils ont "inconsciemment maltraité" leur enfant...

2. Stress post-traumatique

Selon Y. Dolan,¹⁴ l'abus sexuel correspond aux critères définis par le DSM-III-R se rapportant aux événements qui sont à l'origine de l'état de stress post-traumatique, avec d'autres événements tels que la guerre, les accidents d'avion ou d'automobile, les catastrophes naturelles, ou encore les autres agressions sexuelles. Pour poser un tel diagnostic, il faut que les critères suivants soient réunis selon le DSM-III-R :

1. L'existence d'un «événement traumatisant sur le plan psychologique» qui pourrait perturber pratiquement n'importe qui.
2. La répétition du vécu du traumatisme, qui revient à l'esprit sous forme de rêves récurrents par exemple, ou de «flash-backs» (intrusion de souvenirs sensoriels) de la situation traumatique d'origine.
3. Un «affaiblissement de la réactivité générale» permettant de fuir le monde extérieur, par exemple par la dissociation, le retrait, la diminution des affects, ou un manque d'intérêt par rapport aux événements de la vie quotidienne.
4. Tout un ensemble d'autres réactions ou symptômes, tels que troubles du sommeil ou de la concentration, problèmes de mémoire, sentiments irrationnels de culpabilité, sensibilité extrême aux dangers extérieurs et accentuation des symptômes lorsque la personne est confrontée à des situations rappelant l'événement initial.

Outre l'avantage que ce diagnostic constitue pour la victime adulte qui se retrouve dans un groupe beaucoup plus large de victimes des circonstances de la vie, il permet de prendre en compte plusieurs symptômes généralement ignorés, déniés ou réprimés par l'entourage de la victime; celle-ci en souffre mais ne parvient pas toujours à faire un lien entre ces symptômes et l'abus sexuel, et surtout à comprendre quand et comment ils surviennent. Elle a donc tendance à se culpabiliser de réactions qui lui apparaissent puériles, disproportionnées et certainement handicapantes. Elle est donc condamnée à «souffrir en silence», quand ce n'est pas à faire souffrir involontairement son entourage - et c'est plus particulièrement le cas lorsqu'elle est adulte et qu'elle a des responsabilités familiales.

Pour ce qui concerne les victimes d'abus sexuels, Y. Dolan remarque que les symptômes post-traumatiques suivants apparaissent le plus souvent :

- des *réactions de dissociation* : amnésie totale ou partielle par rapport à la première expérience d'abus; problèmes de concentration et de mémoire dans la vie de tous les jours; détachement et déconnexion de la réalité, qui se traduit par une tendance à se détacher des autres et/ou réduction des capacités émotives; d'autres symptômes dissociatifs tels que la dépersonnalisation (sentiment de ne pas habiter son propre corps), sentiment d'irréalité (tout ce qui vous entoure n'est pas réel), des expériences de vécu «hors du corps» (sensation d'être déconnecté de son propre corps, de flotter au-dessus par exemple, notamment pendant les rapports sexuels), repli généralisé par rapport à l'entourage (état d'observation détachée, trous de mémoire inexplicables mais temporaires)
- des *flash-backs* ou des *cauchemars* : ils sont une réponse inconsciente à des stimuli liés directement ou indirectement au premier traumatisme; ils peuvent se produire non seulement lorsqu'un événement rappelle l'abus sexuel (par exemple, une scène d'abus sexuel dans un film), mais également par des stimuli olfactif ou auditif, ou encore un état émotionnel semblable à celui où se trouvait la victime au moment de l'abus (par exemple, un sentiment d'infériorité, d'injustice, de déni de sa souffrance, etc.)

¹⁴ **DOLAN Y. : *Guérir de l'abus sexuel et revivre.*** Bruxelles, Satas, 1996.

- des *troubles du sommeil* : ils sont liés aux cauchemars et consécutifs probablement au fait que l'abus se produisait la nuit, dans l'obscurité, dans le lit de l'enfant; c'est donc à ce moment que la victime a le plus de chance de ressentir la vulnérabilité et la peur
- des *sentiments irrationnels de culpabilité* : par sa culpabilité, la victime peut éviter de se sentir complètement impuissante face aux abus; si elle se sent en partie responsable de ce qui lui est arrivé, elle conserve potentiellement un certain contrôle sur sa vie¹⁵
- d'autres *distorsions des perceptions* : liées au sentiment de culpabilité, elles se manifestent par rapport à la perception que la victime a de soi-même (problème par rapport à l'estime de soi), des autres (méfiance généralisée), et de l'avenir (impression de ne pas pouvoir s'en sortir, manque d'espoir).

S'agissant du traitement des adultes, Y. Dolan ajoute encore à ce chapitre certains symptômes que j'ai choisi de classer dans les symptômes-écrans, tels les comportements d'autodestruction, les troubles du comportement alimentaire, les compulsions sexuelles... Elle relève que, comme les symptômes de stress post-traumatique, ils ont fortement tendance à s'accroître durant les périodes de stress important et à diminuer ou à être mieux contrôlés lorsque les problèmes liés à l'abus sexuel sont résolus. Au sujet de l'automutilation, il est particulièrement intéressant de noter que ses patientes disent y recourir pour revenir à la réalité lors d'expériences de flash-back, ou pour se connecter au sentiment d'exister vraiment, ou encore pour exprimer à quel point le souvenir des abus sexuels fait mal.

D'autres conséquences possibles à l'âge adulte sont encore rapportées :

- la *dépression* : c'est le résultat de toutes les difficultés engendrées par les symptômes évoqués ci-dessus, et notamment celles liées aux distorsions des perceptions
- les *problèmes sexuels* : pour les femmes, il s'agit en général de difficultés à atteindre l'orgasme, de douleurs pendant les relations sexuelles ou de flash-backs de l'abus survenant pendant des relations sexuelles; la littérature ne s'arrête pas sur les difficultés rencontrées par les hommes, si ce n'est pour signaler la crainte chez les parents de garçons abusés d'une déviance homosexuelle¹⁶
- les *troubles de la personnalité* (personnalité limite, borderline) : selon Y. Dolan ce diagnostic est toutefois souvent contestable, les aspects hystériques et dissociés du comportement pouvant aussi bien s'expliquer par l'acquisition de réflexes de survie
- les *personnalités multiples* : quoiqu'il y ait probablement des cas où la victime est tellement dissociée que l'on puisse parler de personnalité multiple, l'utilisation de ce diagnostic est aujourd'hui tellement fréquente aux Etats-Unis qu'elle en est devenue suspecte...¹⁷

Presque toutes les victimes d'abus sexuels développent des symptômes post-traumatiques. Leur intensité et leur nature peuvent varier, mais il est extrêmement rare que l'abus sexuel

¹⁵ Cette explication provisoire est valable pour l'état de stress post-traumatique en général : elle consiste en la négation de l'idée que ce qui s'est passé (que cela soit accidentel ou non) ait pu survenir par hasard et qu'il n'était par conséquent pas possible de l'éviter; on verra plus loin en parlant de l'emprise que la culpabilité de la victime procède également de l'intention délibérée de l'abuseur.

¹⁶ C'est probablement dans sa virilité, dans une acception qui englobe la sexualité sans être réduite toutefois à ce seul aspect, que le garçon abusé est atteint; cela ne signifie pas pour autant qu'il devienne homosexuel. Cf. à ce propos EVERSTINE L. : *Thérapies dans les cas d'incestes et de violences sexuelles*. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 10, pp. 73-81. Selon lui, le garçon abusé perd ses illusions à propos de lui-même comme héros potentiel; il ne pourra plus jamais être Superman, être aussi fort que son père...

¹⁷ Cf. à ce propos MULHERN S. : *La socio-pathologie de la dénonciation*. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 17, pp. 13-33.

n'entraîne aucune conséquence de cet ordre. Contrairement aux symptômes-écrans, les symptômes de stress post-traumatique peuvent être reliés dans leur durée et leur gravité aux circonstances de l'abus sexuel, notamment si celui-ci était accompagné de violence, s'il était accompli par des membres de la famille, si les actes ont été graves et répétés. A l'inverse, si la victime a bénéficié du soutien de sa famille, si les actes ont fait l'objet d'une procédure pénale et que l'abuseur a clairement été désigné comme coupable et responsable de ces actes, voire qu'il ait accepté de lui-même d'en porter la responsabilité, le traumatisme sera atténué.

3. Emprise

Parmi les aspects les plus troublants de l'abus sexuel, c'est sans doute ceux qui sont liés à la relation entre l'abuseur et la victime, et aux réactions de l'entourage de ces deux protagonistes, qui frappent le plus l'imagination. En effet, les abus sexuels ont souvent lieu sans coercition apparente, la victime a tendance à protéger son agresseur voire l'excuser, elle relate les faits sans émotion apparente ou les banalise. Dans la plupart des cas, la famille de la victime a hélas tendance à se solidariser plutôt avec l'abuseur qu'avec l'enfant, même dans des situations d'abus sexuels extra-familiaux.

Pour expliquer ces phénomènes, on a fait appel à des notions telles que la *séduction*; mais cela supposerait alors une relation symétrique à laquelle abuseur et abusé participeraient à égalité. On a parlé de *loyauté*, mais alors pourquoi cette loyauté fonctionnerait également dans les cas d'abus sexuels extra-familiaux ? On a pensé aussi que l'enfant était *menacé* et qu'il réagissait par peur de représailles, mais cela n'explique pas qu'il se rétracte une fois que les abus ont été dénoncés et que l'agresseur est emprisonné. Il fallait donc chercher une autre explication.

R. Perrone et M. Nannini définissent l'*emprise* comme une relation psychologique où l'un exerce une influence outrancière sur l'autre. La relation d'emprise peut être créée par la terreur, la menace, la violence, la confusion, etc.¹⁸ C'est une forme d'interaction de type complémentaire, dans laquelle l'abuseur est en position haute et la victime maintenue dans une position basse, dans un état de conscience altérée. Le sujet est mis en état de transe prolongée, d'hypnose; il ne peut s'y soustraire, il perd son état critique, sa conscience est comme brouillée. L'abuseur a pour objectif la mise sous condition, la programmation de sa victime.

Il y parvient pratiquement par trois sortes de pratiques relationnelles :

- l'*effraction* : il prend contrôle de l'identité de sa victime, en pénétrant de force sur son territoire, dans son espace psychologique, son monde phantasmatique (sa chambre, son lit son intimité), ainsi que dans son corps (attouchements, caresses, masturbation - la pénétration étant le paradigme de l'effraction)
- la *captation* : il prend le contrôle de son corps, privant sa victime de liberté, au travers de trois voies : le toucher (indéfinissable pour l'enfant, il ne peut distinguer clairement le toucher abusif), la parole (illogique, non-congruente) et le regard (troublant, paralysant pour la victime)
- la *programmation* : il prend le contrôle de son psychisme en induisant des comportements prédéfinis qui seront activés ultérieurement et qui apparaîtront à la victime comme lui appartenant. Cela se passe au travers de l'éveil sensoriel et de l'érotisation du corps, de la nécessité induite de poursuivre la relation établie avec l'abuseur; du secret (implicite) et du pacte (explicite) entre la victime et l'abuseur qui assure à ce dernier que ses agissements ne

¹⁸ PERRONE R., NANNINI M. : *Violence et abus sexuels dans la famille*. Paris, ESF, 1995.

seront pas révélés; de la conviction de responsabilité, du sentiment de fatalité et de la honte que ressent la victime.

La programmation est un acte délibéré de l'abuseur qui a pour but d'emprisonner à vie la victime dans la conviction qu'elle est responsable ou complice de ce qui lui est arrivé, de telle sorte que l'abuseur n'a plus besoin d'user de contrainte à son égard. La programmation explique le silence de la victime et son apparente complicité, ses rétractations, ses difficultés à faire état de ce qui lui arrive ou lui est arrivé. Quand elle en parle, souvent tardivement, on lui reprochera alors de ne l'avoir pas dit plutôt, tout de suite, de ne pas s'être défendue ou de ne pas avoir appelé à l'aide; cela renforcera sa propre conviction de culpabilité et tendra à disculper l'abuseur qui pourra soit nier les faits, soit se retrancher derrière le fait que sa victime le provoquait...

P. Lebbe-Berrier explique comment dans certaines situations dénoncées, même si le processus de programmation n'est pas parvenu à son terme, l'abuseur peut maintenir son emprise sur la famille entière alors même qu'il est emprisonné, soit en continuant à envoyer des messages perturbant par courrier, soit en se présentant comme la victime de la situation; dans son discours, l'abusé devient par inversion des rôles celui qui l'abuse.¹⁹

A cause de la programmation, l'emprise ne prend pas fin avec l'arrêt des abus ou leur dévoilement. Elle continue à s'étendre sur le sujet aussi longtemps qu'une thérapie spécifique n'a pas été mise en place; elle peut perdurer après la disparition de l'abuseur. C'est peut être un des facteurs qui explique le caractère répétitif transgénérationnel des abus sexuels.²⁰

Les conséquences de l'emprise sur la victime se situent donc essentiellement dans la mauvaise estime qu'elle a d'elle-même et la dépréciation de toute sa personnalité; elle souffre moralement, et cette souffrance reste inexpliquée, refoulée parce qu'inacceptable ou inaccessible. La victime est privée de sa colère et de sa révolte, incapable même d'en vouloir à l'abuseur qui pourtant lui répugne. Elle ne peut plus se réfugier dans son intimité et son monde phantasmatique ne lui laisse pas plus de répit que la réalité. Sa souffrance peut alors se traduire par des maux psychosomatiques ou par des symptômes-écrans, qui s'additionnent aux symptômes de stress post-traumatique.

Toutefois, les troubles engendrés par l'abus sexuel varient en fonction du développement cognitif du sujet :²¹

- avant *six ans*, la souffrance ressentie est moindre, car l'enfant n'a pas élaboré les liens logiques qui tiennent les événements entre eux (pas de causalité); sa pensée étant égocentrique, ce qui lui arrive lui semble normal
- à partir de *sept ans*, avec la structuration de la pensée selon le mode opératoire, le vécu est traumatique mais dénué de la notion de temporalité et sans devenir; l'enfant se dit que ce qui lui arrive est un événement unique, et il n'établit aucun lien avec d'autres événements identiques qui se succèdent ni avec la pertinence des actes des protagonistes. Dans ces

¹⁹ **LEBBE-BERRIER P.** : *Les violences sexuelles dans la famille (partie 1)*. In : *Thérapie familiale*, 1996, vol. 17, n° 2, pp. 287-294.

²⁰ Y. Dolan, op. cit., montre aussi de manière très pertinente que les états de dissociation chez les femmes qui ont subi des abus sexuels engendre une baisse de leur capacité réactive dans les situations de danger, ce qui peut les conduire d'une part à ne pas se protéger de relations sexuelles dangereuses pour elles, d'autre part à se trouver dans l'incapacité de protéger leurs propres enfants d'un mari ou concubin abuseur.

²¹ **BAK F., PERRONE R.** : *Violence sexuelle et troubles cognitifs*. In : *Le Journal des psychologues*, Paris, avril 1996, n°136, pp. 29-33.

deux premiers cas, les enfants ne garderont que des fragments éparés et une confuse culpabilité

- à partir de l'*adolescence*, la pensée s'organise selon le mode opératoire (organisation causale); le traumatisme est plus important parce que l'intelligence fonctionnelle permet le jugement et des notions de valeurs. L'attribution de qualités spécifiques aux personnes et à leurs actes devient possible, mais de manière clivée, sans symbolisation ou formation abstraite concernant la faute commise à son égard.

Par contre, il est évident que plus les abus sexuels commencent tôt, et surtout s'ils se prolongent jusqu'à l'adolescence, plus le développement cognitif du sujet sera affecté par les messages discordants et manipulateurs émis par l'abuseur.

Comme on le voit, les abus sexuels ont des conséquences multiples et complexes qu'il faut garder en mémoire lorsque l'on veut prendre en charge un enfant ou en adolescent abusé. Il faut particulièrement être attentif au fait que certaines difficultés que la victime rencontre sont induites par différentes causes. Dans le cas d'un viol par exemple (que l'on peut décrire comme une relation de type symétrique violente, soudaine et non prévisible, et dans laquelle l'agresseur use de contrainte physique et/ou psychique pour parvenir à ses fins), la victime manifestera des symptômes de stress post-traumatique; dans le cas de l'abus sexuel, même si les actes sont de même nature, le type de relation est différent (complémentaire...) comme on l'a montré, et la victime subira en plus du stress post-traumatique les perturbations liées à l'emprise.

Ainsi, la culpabilité ressentie par la victime résulte non seulement d'une réaction de survie naturelle face à une catastrophe qui la déstabilise profondément, mais aussi d'une intention de l'abuseur qui induit cette culpabilité par son comportement et l'utilise à ses propres fins. Cela peut encore être complexifié par l'apparition d'un symptôme-écran qu'elle ne maîtrise pas et qui la fait souffrir ainsi que son entourage. Pour aborder ce point crucial, l'intervenant devra donc prendre en compte ces différents paramètres et tenter de démêler dans l'écheveau des sentiments ceux qui peuvent être simplement recadrés et ceux qui nécessitent une stratégie plus particulière.

Par ailleurs, cette complexité est achevée par le fait que la victime érige en défense, pour faire face comme elle le peut aux émotions intenses qui l'assaillent, certains comportements qui lui procurent un bénéfice immédiat lorsqu'elle se sent submergée (par exemple la dissociation). Le processus d'emprise transforme ces défenses naturelles en traumatismes secondaires et en augmente l'utilisation symptomatique, alors même que d'autres aspects de la personnalité se développent normalement. Les symptômes post-traumatiques sont comme liés entre eux et ancrés au plus profond de la victime; lorsque l'un d'entre eux se révèle inefficace ou est abordé dans le traitement, un autre peut survenir pour prendre le relais. A tout moment, il peut en résulter des blocages importants, à cause de sentiments de honte, de culpabilité, d'impuissance face au destin, de colère difficile à maîtriser et à diriger, etc. Mais comme le souligne Y. Dolan,²² le traitement d'un seul aspect peut aussi avoir une influence positive sur d'autres symptômes qui lui sont associés, ce qui laisse entrevoir un peu plus d'espoir !

²² Op. cit., p. 32.

PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE DANS LE CANTON DE VAUD

Si j'ai entrepris ce travail, c'est en partie à cause de ma propre insatisfaction dans plusieurs cas d'abus sexuels que j'ai suivis ces dernières années. Mon impression était que malgré les connaissances et les moyens à disposition, il était difficile dans certaines situations - souvent les plus dramatiques - d'offrir une prise en charge thérapeutique adaptée.

Pour vérifier mes impressions, j'ai mené une enquête interne au SPJ portant sur des situations d'abus sexuels annoncées en 1995 et 1996.²³ Sur 18 situations retenues, il apparaît qu'une prise en charge spécifique a été mise sur pied pour 16 d'entre elles; il s'agit de placement dans 5 situations, de thérapie individuelle ou familiale dans 9 situations (parfois en corrélation avec un placement) ou d'un travail particulier de l'assistant social ou de l'éducateur en milieu ouvert; aucune orientation auprès de Familles solidaires (groupes thérapeutiques pour enfants et adolescents abusés, ainsi que pour leurs parents) n'a abouti à une prise en charge.

Le taux de satisfaction est meilleur que je ne m'y attendais, avec 6 réponses positives pour les mineurs suivis, contre aucune négative (dans 10 cas, il n'est pas possible de connaître son avis, notamment en raison de son jeune âge), et 7 réponses positives contre 3 négatives seulement s'agissant de celui qui a instigué le traitement. Dans les deux cas, il s'agit de la réponse de l'assistant social, qui n'est à l'origine des modalités de prise en charge que dans 11 situations.

Toutefois, l'analyse plus détaillée des réponses pondère quelque peu ce constat; 6 situations peuvent être considérées comme des «bons» cas, les parents offrant un soutien et une protection jugés adéquats à leur enfant; dans deux cas il n'a pas été estimé utile de mettre sur pied une thérapie, dans les 4 autres situations, une thérapie a été mise sur pied et suivie aussi longtemps que nécessaire. Dans 3 cas plus difficiles où la victime a dû être placée, une thérapie a pu être mise sur pied, parfois, après un temps de refus; elle est suivie régulièrement et la prise en charge est de longue durée.

Restent donc 9 situations où la situation actuelle est soit insatisfaisante, soit pas totalement satisfaisante. Il peut s'agir d'échec dans la prise en charge thérapeutique ou de refus de celle-ci; cela peut aussi concerner les situations où le soutien des parents est insuffisant ou inadéquat. Parfois l'assistant social dit effectuer un travail plus conséquent à défaut d'avoir pu orienter la famille en thérapie. Ce résultat, qui reste approximatif, tend à confirmer que l'on peut mieux faire dans la moitié des cas... Cette étude, portant sur un nombre de cas bien sûr trop faible pour être fiable, tend à être confirmée par ce que disent les adultes qui fréquentent des groupes de soutien (Faire le Pas, par exemple) ou qui s'expriment publiquement à ce sujet.

Je me propose donc de passer schématiquement en revue les propositions de prises en charge thérapeutiques et socio-éducatives, en tentant de vérifier l'adéquation entre l'offre et la demande (ou plutôt les besoins...) d'aide. Le but est d'observer le potentiel à disposition et la manière dont il est utilisé. Pour chaque sous-chapitre, un exemple sera présenté.

²³ Cf. Annexe.

1. Internats éducatifs

On a recours au placement d'un enfant victime d'abus sexuel principalement dans deux cas de figure : lorsqu'il n'est pas possible d'assurer sa sécurité valablement à domicile ou qu'il est rejeté de sa famille suite au dévoilement de l'abus; lorsque la victime développe des symptômes-écrans tels qu'il paraît indispensable de prendre des mesures pour la protéger d'elle-même. Il se peut également qu'un enfant soit déjà placé avant le dévoilement de l'abus, soit à cause des symptômes qu'il manifestait, soit parce que le cadre familial était jugé inadéquat au développement de l'enfant (l'abus sexuel étant parfois déjà suspecté au moment du placement).

Le placement peut soit être ordonné par la Justice de Paix qui retire le droit de garde aux parents, soit être demandé par les parents eux-mêmes - cas de figure qui n'est pas si rare. L'enfant sera parfois confié à une famille d'accueil, mais le plus souvent il est placé en internat éducatif eu égard à son âge, aux symptômes qu'il présente et à la dynamique familiale le plus souvent perturbée.

Le placement étant considéré comme une solution de dernier recours, il n'est en principe envisagé que pour une période limitée dans le temps, celui nécessaire à la reconstruction d'un projet familial. Par conséquent, un travail parallèle au placement devrait être entrepris avec les familles pour leur permettre de récupérer suffisamment de compétences, de telle sorte que l'enfant puisse retourner en toute sécurité dans son milieu familial. Mais malheureusement, en règle générale les institutions éducatives ne leur proposent pas directement de l'aide. La famille n'est souvent que tout juste associée à la prise en charge éducative, quand elle n'est pas ouvertement blâmée - heureusement cela reste l'exception.

La logique institutionnelle (qui est sous-entendue dans la notion même de placement) est le plus souvent substitutive au lieu d'être résolutive. Ainsi, un traitement psychothérapeutique individuel est parfois proposé à l'enfant; quand il est associé à la prise en charge éducative, il peut avoir une utilité surtout si l'on considère que la famille ne pourra pas évoluer favorablement. Les adolescents avec qui l'on peut préparer une sortie de l'institution vers l'autonomie personnelle sont probablement ceux qui en bénéficieront le plus. Mais si une prise de distance momentanée avec la famille peut être nécessaire voire indispensable à l'évolution d'un adolescent, peut-on imaginer qu'il vive le restant de sa vie sans attaches familiales ?

Un immense travail est accompli par les internats éducatifs, souvent avec des situations d'enfants et d'adolescents très difficiles. Mais le manque de vision (du moins systémique...) plus que le manque de moyens réduit à mon sens les efforts consentis pour lutter (souvent à armes inégales) contre les symptômes déployés. Dans le pire des cas, l'enfant ou l'adolescent est renvoyé de l'institution parce qu'il contrevient à la règle et/ou perturbe l'équilibre du groupe, ce qui constitue pour lui une nouvelle expérience traumatisante.

Le placement n'a qu'une portée thérapeutique limitée - je dirais même qu'il n'est en soi pas thérapeutique : il le devient si on lui donne du sens et que ce sens est en lien avec la dynamique familiale. En modifiant quelque peu le cadre conceptuel de la prise en charge, il devrait être possible d'entrer dans une logique résolutive - ce qui ne signifie pas pour autant un taux de réussite miraculeux !

Institut pédagogique et thérapeutique de Serix

Serix comprend une section pédagogique (classes d'enseignement spécialisé) et un internat éducatif; l'indication principale pour le placement à Serix est les troubles du comportement. Dans les dix dernières années, les enfants placés à Serix qui avaient subi des abus sexuels l'ont toujours été avant le dévoilement. Ils présentaient principalement les symptômes suivants : désinvestissement et fugues pour les plus âgés, hyperagitation pour les plus petits.

Dans le processus d'admission, les parents s'engagent à participer régulièrement à des entretiens de famille. Généralement les parents se présentent en disant ne pas comprendre pourquoi leur enfant ne connaît pas de limites; ou alors ils sont impuissants à le faire obéir sans recourir à des mauvais traitements physiques. Malgré la dynamique incestueuse, ces parents demandent de l'aide - après coup on peut constater qu'ils ont laissé des messages clairs qui n'ont pas été entendus.

Généralement, les enfants victimes d'abus sexuels dans leur famille les révèlent au bout de quelque temps. Les activités corporelles (gymnastique, atelier d'art-thérapie) de même que le comportement dans la vie de tous les jours - notamment la confrontation à des règles strictes concernant l'intimité des enfants - permet d'amener la question des abus sexuels. Les symptômes pour lesquels il n'y a pas de réponse sont abordés dans les entretiens de famille.

Lorsque l'abus est dévoilé (cela concerne environ un enfant sur dix), des mesures de protection sont demandées - attribution du droit de garde au SPJ. Sauf si l'enfant est traumatisé, le contact avec les deux parents est maintenu. Si l'enfant refuse de revoir l'abuseur, celui-ci est tenu informé de l'évolution de sa situation. Quoi qu'il en soit un travail est fait avec l'enfant et l'autre parent (la mère en général) pour montrer que celui-ci n'a pas été protecteur.

L'obligation de participer aux entretiens de famille acceptée au début du placement se prolonge aussi longtemps que le placement continue. En plus des entretiens de famille, d'autres mesures peuvent être proposées en fonction de la personnalité de l'enfant (Familles solidaires, psychodrame, psychothérapie individuelle).

Le but de la prise en charge est que l'abus sexuel n'interfère pas avec le développement cognitif de l'enfant. L'enfant doit se reconstruire pour pouvoir aller réparer le reste lorsqu'il sera adulte. Il doit donc avoir des réussites réelles (par exemple dans le domaine scolaire, le sport ou le jeu); l'accent se porte sur l'estime de soi, sur tout ce qui n'appartient qu'à l'enfant (intelligence, école, etc.). Ainsi, dans cette logique, il vaut mieux parfois traiter son abandonnisme que l'abus lui-même.²⁴

Cet exemple, s'il ne peut être appliqué à toutes les institutions à cause de l'infrastructure qu'il sous-tend, donne une idée cependant de ce qu'il est possible de faire dans un internat éducatif avec les situations d'enfants victimes d'inceste ou d'abus sexuels. La force de l'argument de Serix me semble résider dans le fait que tout le monde a besoin d'aide, parent (abuseur ou parent complice) et enfant (placé ou non), et que chacun a le droit de la recevoir. A partir de cette prémisse, la résistance au traitement (voire le déni) est acceptée et gérée sur la durée.

²⁴ Cette présentation fait suite à un entretien avec Mme Nicole Eichenberger, directrice de Serix.

2. Institutions psychiatriques pour enfants et adolescents

Le canton de Vaud compte un certain nombre d'unités thérapeutiques de jour et d'institutions psychiatriques, dépendant la plupart du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA). Deux d'entre elles peuvent accueillir les enfants durant la nuit, une pour les enfants d'âge scolaire (le Bercail) et l'autre pour les adolescents de 15 à 18 ans (Unité d'Hospitalisation Psychiatrique pour Adolescents).

Les centres de jour accueillent des enfants qui présentent des troubles psychotiques ou prépsychotiques, ou des problèmes de comportement importants. Le Bercail accueille des enfants présentant les mêmes symptômes, mais pour lesquels une prise en charge en internat est indiquée. Vu le peu de places disponibles, les demandes d'admission s'effectuent souvent plus d'une année à l'avance, sur la demande des parents.

Le Centre Thérapeutique pour Adolescents (CTA), situé sur le site de Cery, a été transformé en centre de jour au mois de juin 1997, et l'accueil de nuit se fait désormais à l'UHPA située au CHUV. Elle consiste en une petite section de 6 lits à l'étage de la pédiatrie et ne gère donc plus que les urgences psychiatriques, le travail sur le plus long terme étant accompli au Centre Thérapeutique de Jour pour Adolescents. Les admissions à l'UHPA se font sur la base d'un diagnostic médical qui indique la nécessité d'une hospitalisation psychiatrique (dépression, décompensation psychotique, troubles alimentaires).

Unité d'Hospitalisation Psychiatrique pour Adolescents (UHPA)

Une partie des patients de l'UHPA - dans le passé du CTA - ont subi des abus sexuels, mais cette question n'est jamais mentionnée à l'admission. Elle apparaît en cours de traitement et la dénonciation est généralement suivie d'une période de déstabilisation (dépression, passage à l'acte, culpabilisation et regrets, envie de rétractation).

Dans ces moments, le personnel de l'UHPA tente de soutenir l'adolescent dans sa position difficile, au besoin en l'orientant sur le Centre LAVI.²⁵ Quoique l'expérience pratique ne permette pas d'affirmer que la dénonciation et la pénalisation permettent une meilleure évolution du patient, l'option est de l'aider à surmonter cette crise et éviter qu'il ne rétracte ses propos, et ceci en fonction des connaissances générales à ce sujet. Il est intéressant de remarquer que l'adolescent en face de son médecin traitant motivera ses envies de rétractation par des considérations sur les conséquences que la dénonciation entraîne.

Le travail thérapeutique est plutôt individuel; il a pour but d'aider l'adolescent à activer ses propres ressources. Dans toute la mesure du possible, les contacts avec la famille sont maintenus même lorsqu'il s'agit d'une problématique incestueuse; une stratégie est alors mise en place pour permettre à l'adolescent de se confronter à l'abuseur.

Le problème des abus sexuels n'est pas forcément traité; mais lorsque la question de la sexualité est abordée par le thérapeute, cela peut provoquer un soulagement. La fin de l'hospitalisation ne correspond pas à la fin du traitement de la problématique incestueuse, mais à la disparition des symptômes qui ont entraîné l'hospitalisation. Celle-ci peut être toutefois suivie d'un placement en internat éducatif.²⁶

²⁵ Centre de consultation pour les victimes d'infractions, mis sur pied en application de la Loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI).

²⁶ Cet exposé fait suite à un entretien avec le Dr Chanez, psychiatre, et M. Van op den Bosch, assistant social.

D'une façon générale, les abus sexuels ne constituent pas (ou plus) un motif d'hospitalisation, même s'il arrive que des enfants soient admis en pédiatrie suite à des mauvais traitements ou des abus sexuels et que leur séjour se prolonge au-delà du temps nécessaire aux investigations médicales. Même si le dévoilement entraîne une crise familiale profonde, il faut encore que l'enfant ou l'adolescent développe des symptômes grave pour qu'il soit hospitalisé en division psychiatrique. Cela s'inscrit d'ailleurs dans la volonté politique actuelle consistant à réduire les hospitalisations au minimum nécessaire, en orientant dès que possible les patients vers des formes de soins moins coûteuses (structures de jour ou prise en charge à domicile).

Mais le revers de la médaille me semble-t-il, c'est qu'il n'y a plus vraiment de distinction entre le traitement hospitalier et une thérapie en cabinet privé. L'approche multidisciplinaire utilisée par le passé au CTA, qui se traduisait par une corrélation entre la thérapie familiale et le travail éducatif, a été remplacée par une approche thérapeutique individualisée. Dès lors, les actes quotidiens ou la dynamique de groupe ne sont pas considérés comme utiles à la thérapie, qui tend à se réduire en définitive aux seuls entretiens individuels.

3. Groupes thérapeutiques pour enfants et adolescents

Les groupes d'usagers ont connu depuis plusieurs années un essor important, plusieurs s'inscrivant dans la philosophie du mouvement des Alcooliques Anonymes fondé il y a une soixantaine d'années. Leur programme en douze étapes a été repris par d'autres groupes aux buts semblables et répondants à d'autres difficultés («narcotiques», «anorexiques» et «boulimiques», «émotifs», ainsi que « survivants de l'inceste »).

G. Bateson a démontré remarquablement en quoi le programme des Alcooliques Anonymes rejoint une épistémologie de la cybernétique et permet la résolution de la dépendance à l'alcool. L'acceptation de sa dépendance et la reconnaissance que seul un Pouvoir supérieur («*Dieu*» au sens où vous l'entendez...) peut lui rendre la santé permet à l'alcoolique de sortir de son escalade symétrique contre le produit, pour entrer (par la « reddition ») dans une relation complémentaire à un système plus vaste et retrouver la sobriété.²⁷

Ce concept se traduit concrètement dans les traditions qui fondent l'organisation des groupes. Les principes passent avant les personnalités; l'anonymat ne garantit pas seulement le respect de l'autre, mais il protège tous les membres de la recherche du pouvoir et du vedettariat. Les dirigeants sont les serviteurs de l'organisation, qui est définitivement non-professionnelle (seuls les services centralisés peuvent employer des travailleurs spécialisés). Ces différentes caractéristiques sont-elles applicables à des personnes qui ont vécu un inceste ?

Des groupes fonctionnent sur ce principe depuis environ 25 ans aux États-Unis (Survivors of Incest Anonymous). Mais pourtant, même adaptées, les 12 étapes des A.A. ne conviennent pas à mon avis aux victimes d'inceste ou d'abus sexuel. En premier lieu, l'alcoolisme est un symptôme, l'abus sexuel non. En second lieu, on commet une erreur d'ordre épistémologique puisque l'alcoolisme selon G. Bateson peut se résumer à un excès de symétrie qui se résout par l'acceptation de la complémentarité, alors que l'inceste comme on l'a montré est un excès de complémentarité qui se résoudra donc par un rétablissement de la symétrie.

²⁷ **BATESON G. : *Vers une écologie de l'esprit***. Tomes 1 et 2. Paris, Seuil, 1977 et 1980. Cf aussi le résumé plus facile d'accès de **MARC E., PICCARD D. : *L'école de Palo Alto***. Paris, Retz, 1984.

Il ne suffit pas dès lors d'adapter le groupe d'usager à cette réalité; c'est la pertinence même d'un groupe d'usager et la règle de fonctionnement du groupe qui doit être réexaminée à la lumière de cette constatation. La question du pouvoir me semble centrale : si tous les usagers qui fréquentent un groupe sont encore sous l'emprise, le groupe ne peut que servir à la renforcer; si certains membres ont fait un travail thérapeutique par lequel ils ont pu mettre fin à l'emprise, ils se trouvent alors par la force des choses en position haute, synonyme de danger : soit la pression est trop forte (devoir de porter les problèmes des membres du groupe en plus de leurs propres problèmes), soit il y a risque de prise de pouvoir sur le groupe (ce qui constituerait une nouvelle expérience d'excès de complémentarité pour les autres membres du groupe - raison pour laquelle les dirigeants des groupes A.A. sont à son service...)

Exposer son vécu devant un groupe de personnes qui ont subi des choses semblables et entendre d'autres personnes raconter leur propre histoire peut avoir un effet bénéfique : se rendre compte que l'on n'est pas seul à avoir subi des choses de ce type et que d'autres rencontrent également des difficultés peut aider à se sentir moins coupable de ce qui est arrivé; cela peut préparer également à la confrontation avec son entourage puis avec l'abuseur. Mais raconter son histoire dans un groupe n'est pas nécessairement thérapeutique; cela peut même renforcer le traumatisme, réactiver la transe et le processus d'emprise.

En Suisse romande, les expériences de groupe sans leadership se sont toutes essouffées. Pour sa part, l'association Faire le Pas constitue des groupes hybrides : ce sont des groupes d'entraide «guidés»; les animatrices n'ont pas forcément elles-mêmes subi des abus sexuels, mais toutes ont fait un travail sur leur propre souffrance et leurs motivations. C'est une condition indispensable pour diriger l'expression (de choses douloureuses...) dans un groupe. D'autre part, au moment de l'entrée d'une victime dans un groupe, les responsables de l'association vérifient quel est son réseau de soutien en dehors du groupe; elles s'assurent qu'elle a au moins une personne à qui parler, et encouragent autant que possible une thérapie personnelle en parallèle.

Pour ce qui concerne les groupes pour enfants et adolescents, d'autres problèmes méthodologiques surgissent. H. Van Gijsegheem souligne également que l'abus sexuel n'est pas une entité nosologique et qu'il ne fait pas l'objet d'un diagnostic. D'autre part, il se demande si contraindre l'enfant ou l'adolescent à parler de son histoire et écouter celle des autres n'est pas une surenchère en termes de victimisation secondaire (une «réification constante du traumatisme des uns et des autres») qui concourt à «imprimer sur le front des jeunes clients un sceau qui les enfonce fatalement dans une identité d'enfant abusé».²⁸

Cette prise de position ouvre plusieurs questions : à propos de l'adhésion libre de l'enfant ou de l'adolescent au groupe; des thèmes abordés et de la façon de les traiter en fonction de ce que chaque participant peut dire, entendre et absorber; à propos du risque de répétition d'un traumatisme, d'un nouveau viol de l'intimité, du risque de victimisation secondaire; à propos de l'absence de mélange des problématiques, de l'identification au groupe de pairs «abusés», et du risque que la victime s'identifie à l'abus. Plutôt que de développer une réponse théorique à ces questions, je me propose d'observer directement la manière dont Familles solidaires gère les groupes pour enfants et adolescents.

²⁸ VAN GISJEGHEM H. : *Les abus sexuels : du secret au dévoilement et du dévoilement à la réparation*. In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 17; pp. 147-153.

Familles solidaires

Adapté d'un programme américain («Parents United») créé en 1971 par le Dr H. Giarretto en Californie, le concept de Familles solidaires est basé sur des groupes de soutien animés par des professionnels, destinés aux enfants et adolescents abusés sexuellement, aux adolescents auteurs d'abus sexuels et leurs parents, aux parents dont un enfant a été abusé hors du noyau familial, aux parents auteurs d'abus sexuels et leurs conjoints.

Les objectifs poursuivis consistent à contribuer à libérer les enfants et les adolescents abusés du poids de leur traumatisme, permettre aux parents d'aider de manière plus adéquate leurs enfants abusés, aider les familles à retrouver un meilleur fonctionnement, éviter les récurrences et prévenir les abus sexuels.

Les moyens utilisés pour les groupes d'enfants et d'adolescents sont plutôt analogiques et fonction de leur âge : jeux symboliques, thérapie par l'art. En ce qui concerne les adolescentes, elles choisissent les thèmes qu'elles veulent aborder (les thèmes choisis en 1995 ont été les suivants : les rapports avec la famille, le signalement et/ou la dénonciation de l'abus, les sentiments vis-à-vis de l'abuseur, la sexualité, l'avenir, les contacts sociaux).

Les enfants plus petits se rencontrent pour un cycle de 9 séances hebdomadaires d'une demi-heure. L'expression spontanée est privilégiée; les thèmes sont travaillés à partir de ce que les animatrices observent et de ce que les enfants apportent. L'expression de l'émotion et du vécu se fait au moyen de techniques créatives et de jeux; certains thèmes ou aspects importants qui ne surgissent pas spontanément peuvent être évoqués à travers des histoires ou suggérés symboliquement. Les animatrices utilisent le dessin, la peinture, la pâte à modeler, les découpages, les marionnettes, des jeux utilisant l'espace et le mouvement, des cassettes de musique et de relaxation, des chansons mimées, etc. Les thèmes prévus au programme sont : se protéger, dire non, se défendre, le secret et la confiance, l'image du corps, la relation de respect pour soi et pour autrui.²⁹

L'utilisation privilégiée du langage analogique est probablement un bon médiateur pour permettre au participant enfant ou adolescent de choisir son degré d'implication et se protéger inconsciemment quand il le souhaite contre ce qu'il pourrait ressentir comme trop intrusif. De même, le travail à partir des éléments apportés par les participants permet d'avancer autant que possible à leur rythme. Pour moi, certaines questions subsistent encore, notamment sur l'utilité d'un tel travail pour les très petits en comparaison avec les risques qu'il engendre - ce point sera repris plus loin - ainsi que sur l'aspect identitaire que le groupe peut générer. Deux remarques me paraissent encore nécessaires :

- la participation à un groupe ne devrait être que volontaire. Pour les plus petits, ce sont les parents qui les emmènent aux séances, et il est difficile de savoir si cela répond aux besoins de l'enfant ou à celui des parents. Pour les adolescentes, leur adhésion au projet est volontaire, mais souvent sans soutien de leur famille; une dichotomie s'installe alors entre le vécu familial et la dynamique du groupe, qui devient une sorte de refuge
- le groupe thérapeutique a toute son utilité s'agissant du traumatisme de l'abus et de ses conséquences; par contre, il montre des limites pour traiter l'aspect relationnel de l'abus et l'emprise, à moins que les autres membres de la famille ne participent à un des groupes. Un autre type d'accompagnement parallèle ou ultérieur devrait donc être mis en place.

²⁹ Les éléments ci-dessus proviennent d'un entretien avec Mme Carole Gachet, permanente de l'association, du rapport d'activité 1995 et du concept de Familles solidaires.

4. Psychothérapies individuelles et familiales

Quand on pense au traitement des enfants et adolescents abusés ou victimes d'inceste, on pense le plus naturellement à la psychothérapie individuelle ou familiale. La consultation privée semble le mieux correspondre par son aspect intimiste à la nature même de cette expérience traumatisante. C'est en tous cas la prise en charge qui semble le mieux correspondre aux situations suivies par le SPJ puisque au moins un début de prise en charge a abouti dans 9 cas sur 18.

Il est impossible d'exposer ici toutes les formes de thérapie proposées, sachant qu'il y a à peu près autant de thérapies que de thérapeutes. On ne pourra donc porter une évaluation sur l'efficacité de la thérapie en fonction d'une école particulière, de méthodes utilisées ou de quelconques autres paramètres. On partira du principe énoncé plus haut que la thérapie est utile quand le patient se sent compris - ce qui peut survenir à cause ou malgré les méthodes et techniques thérapeutiques...³⁰

Je me contenterai donc de faire un bref relevé de propositions de prise en charge selon un modèle systémique et familial. L'exemple de prise en charge - la structure ATEMA qui dépend du SUPEA - est par contre d'orientation psycho-dynamique. Je l'ai retenu d'une part parce que c'est la seule structure thérapeutique officielle qui réponde spécifiquement au problème des mauvais traitements, d'autre part parce qu'il est courant au SPJ d'orienter une famille vers le SUPEA qui offre généralement plus de disponibilité que les pédopsychiatres et psychologues installés en cabinet privé.

Dans une approche systémique, deux formes de prise en charge ont essentiellement été modélisées :

- les expertises judiciaires sous mandat qui se font avec la famille
- les prises en charge individuelles ou familiales distinctes des procédures judiciaires et survenant en général ultérieurement, parfois avant le début du procès.

L'expertise judiciaire a généralement pour objet d'évaluer la capacité des parents à s'occuper de leur enfant. Celui-ci est donc vu par l'expert en général avec le reste de la famille (à l'exception du parent abuseur quand il est emprisonné ou que la confrontation est contre-indiquée); il peut être vu individuellement, notamment pour procéder à des tests projectifs. Mais l'astreinte concerne surtout et d'abord les parents, qui savent qu'un rapport sera rendu à l'autorité qui mandate l'expert.³¹ En général, on insiste beaucoup sur la définition du cadre, qui n'est pas thérapeutique mais évaluatif, et qui implique donc une contrainte. Toutefois, l'objectif de ce travail peut également être d'amorcer un travail thérapeutique ou du moins de réveiller les forces auto-curatives de la famille.³²

La possibilité d'une thérapie familiale sous mandat dans les cas de maltraitance a également été abordée par S. Cirillo et P. di Blasio notamment. En fonction de leur pratique, ils relèvent, l'impossibilité d'utiliser certains de leurs outils habituels : le paradoxe, qui s'avère évidemment dangereux, et la prescription qui perd de son sens puisqu'il n'y a pas de demande

³⁰ On notera quand même que parmi les participants (adultes) au groupes de Faire le Pas, aucun n'a pu évoquer l'abus sexuel alors qu'il était enfant dans le cadre d'un traitement psychothérapeutique. Certains ont tenté une thérapie parfois longue à l'âge adulte mais sans avoir reçu l'aide qu'ils cherchaient à ce sujet.

³¹ Cf. CIRILLO S., DI BLASIO P. : *La famille maltraitante*. Paris, ESF, 1992.

³² Cf. MASSON O. : *Mandats judiciaires et thérapies en pédopsychiatrie*. In : *Thérapie familiale*, 1988, vol. 9, n° 4, pp. 283-300. LEBBE-BERRIER P., KHELIFA O., BERRIER J.-M. : *Les violences sexuelles dans la famille (partie 2)*. In : *Thérapie familiale*, vol. 17, n°2, pp. 295-307.

d'aide. Le travail est donc axé essentiellement autour du dévoilement du jeu familial en cours, du choix des personnes participant aux séances y compris dans la famille élargie, pour aboutir en définitive à un travail de réhabilitation.

Certaines approches thérapeutiques visent un but semblable. R. Perrone et M. Nannini proposent un protocole de prise en charge, destiné à la victime, en sept étapes :³³

- révélation de l'emprise à la victime : le traitement a pour but de l'en soustraire
- évocation de la mise sous emprise : à partir de quel moment la relation est devenue abusive
- signaler les comportements évitatifs et les attribuer à la programmation
- description détaillée de l'abuseur (passage de la position de victime à celle d'acteur)
- description des techniques de l'abuseur et rituels familiaux (dévoilement du jeu relationnel)
- travail sur l'expérience sensorielle
- sortie de l'envoûtement (confrontation égalitaire avec l'abuseur et les autres membres de la famille, au cours de laquelle la victime exige réparation).

C. Madanes a défini pour sa part un processus en seize étapes, avec toute la famille.³⁴ Par rapport au protocole ci-dessus, il contient un certain nombre de différences : elle considère que l'abus sexuel est une atteinte spirituelle à la victime (4); elle demande à l'abuseur de se mettre à genoux devant la victime pour lui demander pardon (7), ainsi qu'aux autres membres de la famille qui ne l'ont pas protégée (8); elle cherche dans la famille élargie un protecteur autre que la mère pour la victime (11); elle demande aux parents de prévoir un acte de réparation, généralement symbolique (12); la fin du traitement vise à restaurer l'amour (14), la position de l'abuseur dans la famille (13), et aider la victime à accorder le pardon (16).

Sa conception est qu'il appartient à la famille de libérer la victime de l'emprise, et elle travaille dans ce sens jusqu'à ce que l'abuseur soit sincère dans son repentir. Les auteurs précédents travaillent plutôt dans le sens que la victime soit libérée de l'emprise alors qu'elle exige la réparation, même si elle ne l'obtient pas. Il est évident que la deuxième approche est plus délicate, mais elle ouvre des possibilités importantes de restauration de la famille, utiles notamment pour des enfants ou de jeunes adolescents; cela peut permettre d'éviter la rupture des liens familiaux, le placement, voire l'abandon de l'enfant.

L. Everstine suggère pour sa part de distinguer dans les cas d'inceste la thérapie de la victime de celle des parents.³⁵ Si ces derniers vivent séparés après le dévoilement de l'abus, il entreprendra une thérapie individuelle avec chacun d'eux; s'ils vivent ensemble il tentera une thérapie de couple, mais refusera une thérapie de famille à moins que l'abuseur n'ait déjà reconnu sa responsabilité complète et présenté des excuses à la victime et à toute la famille. Le travail thérapeutique avec la victime consiste en l'aider à accepter qu'elle ne soit pas responsable de l'abus, l'encourager à raconter l'histoire de l'inceste, démêler la confusion des rôles (mère - fille), et l'aider à retrouver le cours normal de son développement. L'abuseur sera encouragé à la fin de sa propre thérapie à faire des excuses à la victime.

Je relève encore brièvement l'utilisation par Y. Dolan des techniques de thérapie centrées sur la solution (selon le modèle développé par S. de Shazer au Centre de Thérapie Brève de Milwaukee - ce qui ne signifie pas pour autant qu'elle pratique la thérapie brève avec les victimes d'abus sexuels) et l'hypnose éricksonienne. Quoiqu'elle s'occupe du traitement d'adultes, un certain nombre de techniques peuvent être adaptées à des adolescents. C'est le

³³ Op. cit.

³⁴ MADANES C. : *Sex, Love and Violence*. Strategies for transformation. New-York, Norton, 1990.

³⁵ Op. cit.

cas plus spécialement des techniques de thérapie centrées sur la solution, ainsi que tout ce qui concerne la mobilisation de l'entourage et la préparation de la confrontation avec l'abuseur. Un certain nombre de techniques basées sur l'hypnose éricksonienne sont relativement simples à appliquer et permettent d'atténuer les flash-backs et les symptômes dissociatifs.

Unité d'accueil et de traitement des enfants maltraités et abusés (ATEMA)

ATEMA existe depuis deux ans. Quatre médecins et une assistante sociale du SUPEA y consacrent une partie de leur temps. En ce qui concerne la problématique des abus sexuels, les cas traités concernent presque exclusivement des enfants abusés à l'extérieur de la famille par une personne qui n'a pas de liens particuliers avec elle, mais des situations d'abus intrafamilial leur sont également adressées. Selon le Dr Bonard, responsable de cette structure, ATEMA ne voit pas assez les enfants dont l'entourage est fragile préalablement au traumatisme de l'abus sexuel.³⁶

Le processus thérapeutique commence d'abord par les parents (l'abuseur non compris), pour s'attarder sur leur vécu interne face à l'abus subi par leur enfant. Lorsque les parents sont moins angoissés, il leur est proposé une rencontre avec l'enfant. L'évaluation de son fonctionnement psychique se base pour les enfants jusqu'à douze ans sur ce que rapportent les parents (recherche des symptômes classiques : douleurs d'origine peu claire, troubles du sommeil, énurésie ou encoprésie, troubles du comportement sous forme de passages à l'acte agressifs, de retraits ou d'initiative de jeux sexuels). L'enfant est examiné ensuite en l'absence de ses parents au moyen du jeu symbolique libre et par le dialogue (toujours ressenti comme pénible) au sujet du traumatisme. Si le traumatisme est à l'oeuvre chez l'enfant ou ses parents, la consultation se poursuit. Elle peut se faire conjointement au travail de Familles solidaires.

Le but de la thérapie avec les enfants abusés c'est de soigner le traumatisme, de permettre une cicatrisation, d'éviter que le trauma poursuive son action nocive par un enfermement. Le travail sur la question du phantasme sexuel de l'enfant dans sa relation à l'adulte et la transgression réelle par l'adulte qui abuse l'enfant est ici centrale : le but est que l'enfant ne se sente pas coupable de l'abus alors même qu'il a participé phantasmatiquement à la relation. Toutefois, la thérapie de l'enfant victime d'abus sexuels ne diffère pas fondamentalement de la psychothérapie en général : soutien des ressources propres du patient, exploration avec lui des zones fragiles (traumatisées), mise en relation des divers secteurs repérés entraînant la relance des processus créatifs. Le but est aussi de permettre aux parents d'utiliser leurs ressources psychiques et que celles-ci soient accessibles à l'enfant.³⁷

ATEMA aborde donc les situations d'abus sexuel d'une manière sensiblement différente de celles que j'ai exposées plus haut. Plusieurs aspects sont assez proches cependant, notamment le fait de considérer les parents de l'enfant comme la ressource principale pour lui permettre de reprendre une évolution non-traumatique et de travailler spécifiquement dans ce sens avec eux. Le travail sur le traumatisme rejoint ce qui peut être proposé dans une thérapie de famille stratégique.

³⁶ Pour y remédier, ils souhaiteraient développer avec la législation actuellement existante, soit la curatelle d'assistance éducative (art. 308 CC) ou la curatelle de représentation (art. 392 CC), la possibilité d'une thérapie sous mandat.

³⁷ Les renseignements sur ATEMA sont tirés d'un entretien avec le Dr Bonard, psychiatre, et de deux articles de sa plume : *ATEMA : le soin psychique à l'enfant maltraité ou abusé et à sa famille*. In : *Courrier du Médecin Vaudois*, février 1997, n° 1, pp. 10-11; et : *Soins psychiques aux enfants maltraités et abusés et à leurs parents (ATEMA)*. In : *Revue Médicale de la Suisse Romande*, Lausanne, 1997, n° 117, pp. 425-428.

Par contre, l'approche de la relation incestueuse diffère beaucoup plus. Centrée sur l'aspect phantasmatique, elle reste confinée au domaine de la sexualité, sans prendre en compte toute la question du pouvoir existant dans les abus sexuels intrafamiliaux. Même si elle se veut déculpabilisante pour l'enfant - l'abus n'est pas relégué dans le phantasme oedipien mais réellement pris en compte - on ne trouve pas d'explication sur la manipulation dont il est victime. Or, par la programmation, l'abuseur s'assure non seulement du silence de la victime, mais encore de son pouvoir total sur sa personnalité. La sexualité est le dernier bastion de l'intimité de la victime; une fois pris par l'abuseur, il reste sa propriété aussi longtemps que l'emprise n'a pas pris fin.

Cette divergence pourrait en partie s'expliquer par la différence existant entre pédophilie et inceste. Le *pédophile* a une attirance première voire exclusive pour les enfants; s'il se marie, c'est pour répondre à la pression sociale. Il va chercher à abuser de tout enfant, y compris ceux de son entourage familial; le pédophile *devient enfant* dans la relation sexuelle. Dans l'*inceste*, le père (ou beau-père, ou concubin, etc.) a une attirance sexuelle pour les femmes de son âge, mais à cause des difficultés qu'il rencontre ou parce qu'il ne connaît aucune limite à son pouvoir, il va s'attaquer à ses enfants ou à ceux de son entourage; le père incestueux considère que l'enfant dont il abuse est *comme un adulte*.³⁸ Dans la thérapie d'un abus extra-familial commis par un pédophile (comme c'est plutôt le cas des situations suivies à ATEMA), l'aspect relationnel a moins d'importance que dans celle de l'inceste, mais le jeu sexuel sera probablement plus présent en raison de la nature même de la relation (enfantine...) induite par l'agresseur.

³⁸ SGROI S. : *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse* (cité par LOMBARDET F. : *Les abus sexuels intrafamiliaux*. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, 1993).

AIDER L'ENFANT VICTIME D'ABUS SEXUEL

1. Faut-il aider tous les enfants victimes d'abus sexuels ?

Il est indéniable que l'enfant ou l'adolescent qui subit des abus sexuels en souffre et en souffrira probablement pendant longtemps. D'une certaine manière, quel que puisse être le résultat d'une prise en charge, il en souffrira toujours, ne serait-ce que parce que les choses ne pourront (plus) jamais être comme elles auraient dû l'être, comme avant... Cette seule constatation ne suffit pourtant pas à éluder la question de la nécessité du soin, car comme souvent les choses sont complexes.

La médiatisation et la mobilisation de l'opinion publique autour des maltraitances infantiles et particulièrement des abus sexuels induisent le risque d'une vision par trop simplificatrice - celle du bon et du méchant. On trouve même dans certains discours la volonté d'éradiquer la maltraitance, quitte pour y parvenir à imposer des mesures de contrôle de l'intimité de toutes les familles et de l'ensemble des institutions. L'objectif premier pour soi-même (et ses enfants) est d'échapper au monstre. La prévention se résume alors à la dénonciation : faire part de ses soupçons devient un acte civique qu'il faut encourager en préservant l'anonymat de celui qui signale. Et l'on se retrouve face au danger, déjà avéré en Amérique du Nord, de services sociaux débordés par un nombre grandissant de signalements et ne pouvant plus faire face efficacement lorsqu'une situation nécessiterait réellement une intervention.³⁹

Mais si l'abuseur est un monstre, la victime le devient un peu aussi par la force des choses : puisqu'elle a côtoyé le monstre et a été unie à lui dans l'acte sexuel, elle est contaminée - et l'on insiste alors lourdement sur le fait que la plupart des abuseurs ont eux-mêmes été abusés... La maltraitance étant diabolisée, il devient difficile même pour la victime de dire qu'elle appartient à une famille où la violence existe; et l'agresseur qui se sait en difficulté peut encore moins se résoudre à demander de l'aide. Le risque est bien entendu que ce mouvement se traduise à l'autre bout du balancier par un retour au silence. Or, la médiatisation à outrance comme le déni participent d'un même principe : on veut un monde sans abus sexuel !

Et l'intervenant sait bien que face à l'horreur de l'inceste il sera toujours tenté de se réfugier dans l'un ou l'autre de ces extrêmes (déni ou exagération). Or, pour intervenir, il faut accepter préalablement que la violence et l'abus sexuels soient un comportement humain possible, et qu'ils peuvent se comprendre au travers d'une histoire familiale. Car l'enfant victime d'inceste a encore besoin de sa famille, même si celle-ci est disqualifiée par l'acte commis. Le but de la prise en charge devrait donc être, dans toute la mesure du possible la réhabilitation de la victime, mais aussi de ses parents. On ne peut pas sauver l'enfant sans sa famille...

Ces considérations devraient donc nous inciter à la prudence avant de décider de soigner tous les enfants victimes d'abus sexuels. Ils méritent un premier lieu que nous nous posions le plus honnêtement possible la question de nos propres motivations; car comme je le relevais à propos du symptôme, entrer dans l'inavouable de l'autre suppose avoir sondé son propre

³⁹ Cf. à ce sujet **PLUYMAKERS J.** (et al.) : *"Traiter" la maltraitance : une remise en question. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 17. Plusieurs articles de cet ouvrage, dont certains déjà cités, traitent de cette question en détail.

inavouable. Autrement, le risque est grand de se soigner, même inconsciemment, au travers de l'autre, ce qui n'est qu'une nouvelle forme d'abus.

Il faut ensuite s'interroger sur la pertinence du soin et de la prise en charge en général. H. Van Gijsegheem fait remarquer que les études rétrospectives ne permettent pas de dire que le dévoilement de l'abus sexuel est la garantie de séquelles moindres. Certaines recherches mettent même en cause l'opinion généralement répandue et affirment que les enfants qui maintiennent le secret présentent moins de séquelles que ceux qui le dévoilent.⁴⁰ A mon sens, on ne devrait pas pour autant renoncer au dévoilement, surtout s'il permet de mettre fin aux abus, et à l'ouverture d'une instruction pénale : il est essentiel que la loi sociale soit respectée, particulièrement dans les familles à transactions incestueuses où la loi familiale prime. Mais il faut renoncer aux «recettes», rester prudent et humble, patient et respectueux du processus familial, de telle sorte que chaque situation particulière reçoive une réponse particulière...

C'est pourquoi enfin, il faut se méfier de notre besoin de faire quelque chose. Le dilemme est souvent qu'il n'est pas plus satisfaisant d'intervenir que de ne pas intervenir. Il faut alors accepter le fait que l'on peut travailler dans un nombre important de situations familiales, mais pas dans toutes. Il faut parfois aussi renoncer, admettre que l'on n'a pas su ou pas pu accéder à la souffrance, accepter que le soin puisse être plus douloureux que la blessure ou qu'il rajoute à la douleur sans la soulager.

Cela dit, peut-on sans autre ériger ces constats en méthode ? C'est-à-dire supposer qu'intrinsèquement la victime dispose de tous les moyens nécessaires pour parvenir à la guérison, sans aide thérapeutique. H. Van Gijsegheem plaide pour que l'enfant puisse retourner au secret une fois dévoilée la transgression dont il a été victime. Il faut selon lui aider l'enfant à réprimer ce qui est trop douloureux ou trop menaçant pour lui, la réparation consécutive à un grave traumatisme passant par la mise à l'abri plutôt que par l'exposition de sa blessure.

Toutefois, comme le montre Y. Dolan, les mécanismes de survies développés par les victimes d'abus sexuels ont leurs limites. Même dans le cas extrême d'amnésie totale, des stimuli parfois anodins peuvent déclencher des symptômes de stress post-traumatique d'autant plus difficiles à traiter qu'ils n'ont apparemment aucune cause.⁴¹ L'enfouissement du souvenir ne garantit en aucune façon la disparition des symptômes; au contraire, ceux-ci sont d'autant plus pénibles pour la victime qu'elle croit ne pas subir de séquelles de l'abus et qu'elle ne sait pas à quoi attribuer toutes sortes de sensations pénibles (culpabilité, mal-être, colère, etc.). Les symptômes perdent beaucoup de leur intensité et surtout de leur effet déstabilisant lorsqu'ils peuvent être reliés à l'abus sexuel. Par ailleurs, comme on l'a déjà remarqué, l'oubli ne résout pas la question de l'emprise, qui peut perdurer malgré une procédure judiciaire et la condamnation de l'abuseur.

Mais je fais l'hypothèse que l'enfouissement permet à la victime de renoncer à l'utilisation des symptômes-écrans, ce qui est un gain important dans la mesure où cela lui permet de poursuivre un développement cognitif et une intégration sociale plus ou moins normale. Il faut se souvenir à ce propos que l'abus n'est pas le seul événement déterminant pour la vie adulte de la victime, que tous ses comportements ne sont pas fonction de cet abus. Laisser le traumatisme retourner à l'oubli pour un certain temps, c'est permettre à l'enfant de poursuivre le développement d'autres aspects de sa personnalité. Cela sous-entend en principe que les

⁴⁰ Op. cit.

⁴¹ Op. cit., pp. 215 ss. : elle cite l'exemple d'une femme souffrant d'attaques de panique (étouffement, peur intense) en présence d'objets d'une certaine couleur lui rappelant inconsciemment celle du sexe de son père.

abus ont cessé et que sa sécurité tant physique que psychique est assurée; mais, comme on le verra plus loin, cela peut être vrai aussi pour tous ceux qui ne dévoilent pas les abus dont ils sont victimes et qui parviennent quand même à l'âge adulte sans traumatisme psychique grave.

A ce stade, on retiendra donc les pistes suivantes comme réponse provisoire à cette question : si l'enfant montre des symptômes de stress post-traumatique (ceux que l'on a évoqués plus haut ou d'autres plus spécifiques à l'enfance, tels que l'énurésie ou l'hyperagitation), il est préférable d'aborder avec lui ce qui a été l'origine du traumatisme; il faut éviter cependant de se focaliser sur l'abus sexuel, autrement cela le maintient dans un rôle de victime. S'il développe des symptômes-écrans, il faudra évaluer ce qui peut lui être le plus bénéfique : l'aider à enfouir ou tenter de mettre en paroles ce qui se passe, donner un sens au symptôme. S'il montre le désir de ne plus reparler des abus sexuels, il faudra lui permettre d'atteindre une autre étape dans son cycle de vie avant de reparler de cette question; la prise en charge ne s'arrête pas définitivement, elle est différée dans le temps, et des mesures de soutien à l'enfant ou à son entourage peuvent être mises en place dans l'intervalle.

2. Demande, résistance, et obligation de suivre un traitement

La révélation de l'abus sexuel correspond souvent à une transgression de la règle implicite de la relation abusive (par exemple, l'abuseur s'en prend à une soeur ou un frère cadet) et/ou à une nouvelle étape du cycle de vie de la victime (par exemple, une première relation amoureuse); elle survient à un moment où la victime est parvenue à se soustraire à l'abus ou qu'elle est sur le point de le faire. Mais quel que soit le cas de figure, la révélation n'est pas en soi une demande d'aide mais une demande «que ça s'arrête» comme le souligne P. Lebbe-Berrier.⁴²

Il est donc vain d'attendre une demande d'aide thérapeutique de la part de la victime ou de son entourage. Mais comme le fait remarquer M. Gabel, «l'accompagnement de l'enfant a, d'emblée, une valeur thérapeutique qu'il soit réalisé par le professionnel qui a reçu la confiance ou qui a été spécifiquement mandaté pour l'assurer, ou encore par l'avocat de l'enfant.»⁴³ Cela signifie donc que le champ thérapeutique n'est pas réduit au cabinet du clinicien ou au groupe thérapeutique. L'absence de demande d'aide à propos des abus sexuels n'est pas un handicap insurmontable : un processus peut être amorcé à partir d'une demande d'aide «officielle», d'un problème présenté par la famille (problèmes éducatifs, scolaires, financiers, etc.) ou dans le cadre de mesures de protection de l'enfant.

L'intervenant doit oser parler de ce qui s'est passé, tenter une ouverture vers le système familial qui a naturellement tendance à retourner au silence. S'il fait preuve de respect, il peut alors bousculer l'ordre des choses et faire admettre la loi sociale en remplacement de la loi familiale. Pour éviter de poser des questions intrusives (ou qu'il ressentirait comme telles), il peut pour entrer en matière reprendre la formulation proposée par Y. Dolan : «Dites-moi tout ce que vous pensez que j'ai besoin de savoir pour que vous soyez sûrs que je puisse comprendre.»⁴⁴

Il est probable cependant que cela n'aille pas de soi, mais la résistance que peut rencontrer l'intervenant n'est pas différente de celle que l'on trouve dans n'importe quelle demande de thérapie. Elle est plus marquée chez les familles incestueuses et les victimes d'abus sexuels en

⁴² Op. cit.

⁴³ GABEL Marceline : *Les abus sexuels en 1994*. In : *Différences*, décembre 1994, n° 57, pp. 2-6.

⁴⁴ Op. cit., p 35.

raison de l'importance du secret et de ce que celui-ci protège. Les messages confus que continue à émettre l'abuseur après le dévoilement et l'emprise qui déploie ses effets contribuent également aux stratégies d'échec de la prise en charge.

Il se peut que l'enfant se rétracte ou développe des symptômes par lesquels il quitte l'abuseur ou sa famille. C'est pourquoi il est important, dans la mesure où il peut le saisir, d'évoquer avec lui la relation d'emprise et de lui signifier clairement que ce qui se passe en est aussi la conséquence. S'il n'est pas en mesure de comprendre ce concept ou qu'il montre de l'indifférence face à l'intervenant, il est possible de contourner ce problème en faisant preuve d'empathie et en exprimant ce que l'on pense qu'il peut ressentir (par exemple : «j'imagine qu'il t'arrive de te sentir coupable de tout ce qui arrive...»).

Mais en tous les cas, l'émergence de la résistance ne devrait pas d'emblée constituer un motif pour ne pas poursuivre la prise en charge. Comme le signale M. Le Fevre De Ten Hove, «affirmer que le client ne veut pas coopérer à une démarche thérapeutique, c'est situer la cause chez le client... (...) C'est toujours à quelque chose ou à quelqu'un, à une certaine intervention de la part d'un certain thérapeute, à un certain moment de la thérapie, dans un certain contexte... que le client résiste.»⁴⁵ De même que l'on situe l'abus sexuel en terme de relation, il convient d'observer l'intervention d'une manière qui ne soit pas linéaire mais circulaire; la résistance n'est pas intrinsèque au système familial, elle est un événement relationnel.

Cela permet alors d'entrer dans la circularité par le biais de l'intervenant plutôt que par celui de la famille : c'est quand il agit qu'il se passe quelque chose, et ce quelque chose est un message. «Cette information nous indique que nos interventions ne sont pas adaptées à ce que les clients veulent ou peuvent faire à ce moment précis. Nos demandes peuvent être trop difficiles à réaliser ou inutiles. Ou bien, cela peut venir d'un mandat insuffisant.»⁴⁶ L'auteur précise que le terme *mandat* est «la délégation de pouvoir qui se négocie dans toute demande de soin. Elle est à la fois le moyen et le résultat de la négociation du travail de joining et de l'accord sur la demande.» Comme elle le souligne, croire que l'on dispose d'un plus grand mandat que ce n'est le cas en réalité engendre de la résistance.

Faut-il alors pour contourner l'absence d'un mandat suffisant que celui-ci soit décerné par une autorité judiciaire ? Cela me semble illusoire, voire dangereux : il ne s'agit pas de briser la résistance mais de l'utiliser pour mieux la contourner. Au-delà de ce qui peut fonder l'obligation de traitement, il s'agit de toute manière de faire émerger la demande d'aide; le mandat imposé doit de toute façon faire l'objet d'une négociation. Il est certes possible de proposer à un abuseur de suivre un traitement en institution fermée en lieu et place d'une incarcération, comme c'est le cas en Grande-Bretagne par exemple. Il est par contre abusif (et le mot est choisi) d'obliger une victime à exposer sa peine contre sa volonté. Il reste peut-être possible d'imposer une thérapie à la famille dans son ensemble (abuseur en principe non compris), mais à la condition que la résistance - et particulièrement celle de la victime - soit considérée comme une composante à part entière du traitement.

Plutôt que de s'appuyer sur un tel mandat extérieur - dont l'efficacité thérapeutique reste à prouver, il me semble plus judicieux d'adapter l'intervention au mandat obtenu et tenter de l'élargir dans la négociation avec la famille. A partir de là, quelques techniques issues de la

⁴⁵ LE FEVRE DE TEN HOVE M. : *Le pays où la résistance n'existe (presque) pas*. In : *Thérapie familiale*, 1996, vol. 17, n° 2, pp. 351-357.

⁴⁶ Ibid.

thérapie centrée sur la solution, permettent de prendre en compte la résistance en restituant au système la compétence pour changer et utiliser ses capacités d'évolution et d'adaptation actuellement bloquées par des interactions stéréotypées et dysfonctionnelles. On peut citer les moyens suivants :

- *découvrir les ressources existantes* : question sur les exceptions au comportement symptomatique, les changements préalables au traitement (survenus entre la fixation du rendez-vous et la première entrevue), les échelles d'évaluation de la guérison (par laquelle le patient situe là où il pense en être dans sa guérison par rapport au pire qu'il peut imaginer soit 0 et le point où la thérapie ne serait plus nécessaire soit 10), la prescription invariable (tâche donnée à la fin de la première séance qui consiste à noter pour la prochaine séance ce que le patient aimerait voir continuer dans sa vie)
- *projections dans l'avenir* : question miracle («si un miracle se produisait une nuit et que vos problèmes étaient résolus de façon satisfaisante, à quoi vous en rendriez-vous compte, qu'est-ce qui serait différent ?»), imaginer le «vieux sage» qui est en nous (qu'est ce que le patient devenu vieux, plein de sagesse et d'expérience dirait à celui qu'il est actuellement pour l'aider à guérir)
- *la plus petite différence* : questions directes («à quoi remarquerez-vous que...») ou indirectes («quel serait pour un de vos proches le premier signe d'une amélioration») qui visent à situer un petit changement possible (d'un degré par exemple sur l'échelle de 1 à 10).⁴⁷

Ces techniques supposent que ce n'est pas l'intervenant ou le thérapeute qui sait ce qui est bien pour le client, mais le client lui-même. Cependant, lorsque le client semble ne pas savoir ce qui est bien pour lui ou pour ses propres enfants (par exemple, s'il n'est pas capable de prendre des mesures adéquates pour éviter que l'abuseur récidive), il est possible alors d'utiliser ce type de questionnement en extériorisant le problème («qu'est-ce que vous pourriez dire aux services sociaux, au juge, etc., pour les convaincre que vos enfants sont en sécurité ?»)⁴⁸. L'extériorisation du problème permet à l'intervenant de ne pas se confronter au client sur le terrain de ses convictions, mais de faire alliance avec lui pour trouver une solution à un problème commun. Cette manière de procéder peut permettre au client de se rendre compte progressivement de ce qu'il devrait faire s'il veut réussir à convaincre qui de droit de ses capacités, et finalement à les mettre en oeuvre.

3. Quand et comment soigner les enfants victimes d'abus sexuels

En conclusion au premier point, j'ai esquissé trois pistes pour évaluer s'il faut envisager une prise en charge de l'enfant victime d'abus sexuels; elles étaient essentiellement fondées sur ce que l'enfant montre de sa souffrance. On a observé ensuite que, quel que soit le cas de figure, il y a rarement une demande d'aide de l'enfant qui soit formulée par rapport aux abus sexuels. Plutôt que de la résistance, c'est de *réticence* dont il fait preuve face à l'intervention de l'appareil social; parce que les interventions policières, judiciaires, sociales et médicales constituent une nouvelle effraction de sa sphère intime. Son mouvement de retrait est donc légitime. H. Van Gijseghem montre bien comment l'intervention de l'appareil social peut amener l'enfant à se rétracter, d'une part parce qu'à force d'être interrogé (26 fois en moyenne dans le contexte nord-américain) il finit par penser qu'en fait on ne le croit pas, d'autre part

⁴⁷ Cf. M. Le Fevre De Ten Hove et Y. Dolan, op. cit.

⁴⁸ Cf. Y. Dolan, op. cit., pp. 121-124.

parce que c'est le seul moyen qu'il trouve pour se protéger de la souffrance qui resurgit à chaque fois qu'il doit raconter son histoire.⁴⁹

Pour l'intervenant qui sait quelles sont les conséquences à plus long terme de l'abus sexuel - et notamment tout ce qui concerne l'emprise, il est alors difficile de choisir entre une intervention qui est une nouvelle violation de l'intimité de l'enfant et son retrait qu'il peut ressentir comme une forme de négligence à l'égard de la jeune victime. Au sujet des effets à long terme que peuvent avoir les agissements de l'abuseur, F. Bak et R. Perrone observent qu'ils sont différents selon l'âge de l'enfant et l'organisation de sa pensée. Cela les amène à faire les remarques suivantes à propos de l'intervention :

- «lorsque l'enfant ne montre pas sa souffrance, c'est qu'il n'a pas pu établir les liens causaux entre la faute, la norme et le manque de responsabilité attribuable au lien parental. Ceci explique la non-condamnation de l'abuseur de sa part et la faible adhésion au suivi thérapeutique»
- «l'expérience de l'enfant, contemporaine au moment de l'abus, doit être comprise au moment de la prise en charge selon le niveau d'élaboration de la pensée, ce qui implique une planification de la thérapie sur une longue durée mais discontinue (reprise de la thérapie au moment de l'adolescence lorsque la pensée opératoire aura pu être restaurée).»⁵⁰

C'est pourquoi l'intervention thérapeutique porte sur des aires différentes en fonction de l'âge de la victime :

- avec l'*enfant*, on met l'accent sur l'*effraction* : pour lui permettre de reconstituer son territoire, d'en restaurer les frontières, et de récupérer son monde d'enfant
- avec l'*adolescent*, on se concentre sur la *captation* : pour lui montrer les véritables intentions de l'abuseur et quels comportements, paroles et regards il a mis en oeuvre pour le priver de sa liberté
- avec l'*adulte*, on s'attarde sur la *programmation* : pour observer ce qui a conditionné et conditionne encore le comportement de la victime, au travers de tous les ordres, consignes et ressentis qui ont accompagné l'abus sexuel.

Le travail avec l'enfant est donc plutôt d'ordre socio-éducatif que psychothérapeutique; il peut être nécessaire selon la gravité de l'atteinte de l'accompagner d'un travail de restructuration de la pensée (qui peut s'accomplir le plus souvent dans le cadre des prestations psychologiques ou logopédiques fournies par l'école). Mais, à condition qu'un travail de réseau soit organisé dans une optique thérapeutique, il n'est pas absolument nécessaire de l'obliger à reparler de l'abus sexuel. Il est possible à ce stade d'agir sur les effets de l'emprise de manière indirecte.

Pour soigner le traumatisme et atténuer les symptômes de stress post-traumatique, il est par contre nécessaire d'aborder directement l'abus sexuel. Il ne convient de le faire que si c'est réellement bénéfique pour l'enfant. Lorsque l'enfant en souffre visiblement, le travail de restauration du territoire peut être complété par la participation à un groupe thérapeutique. L'utilisation du langage analogique peut être à la fois suffisamment protectrice et évocatrice pour que les symptômes s'apaisent. Mais d'autres moyens plus neutres pourraient également être envisagés : le psychodrame, par exemple.

Dans le cas où une thérapie famille est organisée, il faut éviter qu'elle ne perturbe la guérison de l'enfant par un rappel constant des actes qu'il a subis. Il s'agit donc de définir précisément qui participe aux séances. A moins que l'abuseur n'ait accepté clairement de porter la

⁴⁹ VAN GIJSEGHEN H. (et al.) : *L'enfant mis à nu*. Montréal, Méridien, 1992.

⁵⁰ Op. cit.

responsabilité de ses actes (ce qui est rarement le cas), l'enfant ne sera pas confronté à lui. Il s'agira de travailler plutôt avec des sous-systèmes qu'avec l'ensemble de la famille.⁵¹

En ce qui concerne l'adolescent, la reprise du travail thérapeutique peut être facilitée par l'émergence de difficultés au moment du passage dans cette nouvelle étape du cycle vital. Il s'agit de rester sensible à ce qu'il peut exprimer, et faire des liens avec lui entre les difficultés qui surgissent et l'abus dont le souvenir peut être diffus. Le travail sur la captation exige plus de mots; il faut être alors attentif aux émotions qui sont véhiculées par la résurgence demandée des souvenirs. Il peut être nécessaire d'interrompre le récit lorsqu'il provoque des états de dissociation ou des flash-backs trop intenses, et l'aider à reprendre contact avec la réalité.

Le but du travail thérapeutique avec l'adolescent et de l'aider à critiquer l'abuseur et sa façon de brouiller les pistes; accessoirement, il doit restaurer sa confiance générale envers les adultes, chose décisive au moment où il se confronte à eux - et à ses parents particulièrement, puisqu'il se prépare à se séparer d'eux. Il faut donc veiller sur le plan éducatif à ce que les indications qu'il reçoit soient claires et susceptibles d'être expliquées. Cette remarque prend un sens tout particulier si l'adolescent vient de révéler l'abus et refuse un travail thérapeutique. Spécialement s'il est placé en institution, il faut lui donner des réponses cohérentes et accepter sa tendance à la manipulation et à la triangulation comme étant une possibilité d'aborder indirectement l'emprise dont il est victime.

Avec l'adolescent, il est évident que la question du sexe de l'intervenant joue également un rôle. Il est probable mais pas obligatoire qu'il souhaitera parler à quelqu'un du même sexe que lui, surtout s'il en vient à parler plus précisément de sa sexualité et des éventuelles difficultés qu'il rencontre. Avec un intervenant du sexe opposé, il se peut qu'il entre dans un rapport de «séduction» ou d'agressivité. Cela représente une difficulté importante, parce que si l'intervenant met une distance trop grande elle peut être ressentie comme du rejet. Mais le travail avec un intervenant du même sexe que celui de l'abuseur, peut aussi permettre de restaurer une certaine confiance.

En ce qui concerne le choix du mode d'intervention, il est déjà apparu que la psychothérapie et le groupe thérapeutique sont plus complémentaires qu'interchangeables. Certains adolescents semblent bénéficier particulièrement du groupe thérapeutique: il s'agit surtout de ceux dont la personnalité est extravertie. La psychothérapie répond mieux au besoin d'intimité, et elle sera plus volontiers choisie par les familles qui réagissent adéquatement pour protéger leurs enfants parce qu'ils entendent conserver le problème dans leur sphère privée. L'orientation vers la psychothérapie est aussi plus courante dans les familles de niveau socio-économique élevé. Mais je n'ai pas relevé d'indications particulières pour l'une ou l'autre forme de prise en charge, en fonction d'un type de transaction familiale ou de l'apparition de certains symptômes précis. Tout au plus il peut y avoir des cas de contre-indication, mais comme je l'ai déjà souligné chaque situation doit être traitée pour elle-même et recevoir une réponse adaptée.

Si l'on part du principe que le travail sur la programmation se fait à l'âge adulte, il devient alors évident que la confrontation (égalitaire) avec l'abuseur ne peut pas avoir lieu avant. De toute façon, la confrontation suppose que la victime ne dépende plus matériellement ou affectivement de l'abuseur. Il faut aussi qu'elle puisse soutenir cette confrontation, et cela

⁵¹ Cf. **IGODT P. : Observations critiques sur l'utilisation de la thérapie familiale dans la problématique de l'inceste.** In : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 10.

paraît difficile pour un adolescent. Ce n'est que si la victime est soutenue par ses parents ou au moins l'un d'entre eux qu'il peut être utile d'organiser cette confrontation plus tôt. C'est alors la famille qui a la responsabilité de délivrer la victime de l'emprise. Toutefois ce processus peut correspondre plus au besoin de réparation de la famille qu'à celui de la victime; il faut absolument éviter qu'un pardon ne lui soit arraché alors qu'elle ne l'a pas décidé.

4. Les capacités d'auto-guérison de l'enfant et de son système familial

Sans forcément la citer explicitement, la famille de l'enfant victime d'abus sexuel a été présente en filigrane jusqu'ici dans ce que j'ai exposé sur le processus de d'aide et de guérison. C'est effectivement aux parents qu'il reviendrait prioritairement d'aider l'enfant à reconstituer son territoire physique et psychologique, d'en marquer les limites et d'en expulser l'intrus - la famille devrait être en fait le territoire de l'enfant, le lieu où il se sent en sécurité. C'est aussi à la famille que devrait être déléguée la responsabilité de la prise en charge thérapeutique et sa répartition dans le temps; c'est elle qui au premier chef devrait aider l'enfant à oublier l'abus et à en reparler lorsque cela s'avère nécessaire.

Souvent pourtant ce n'est pas le cas, et l'on voit alors la famille se solidariser avec l'abuseur plutôt qu'avec la victime. Lorsque l'abuseur est le père ou le beau-père (cas de figure le plus fréquemment rencontré), la mère décide rarement de divorcer de lui; elle est prête à croire avec une inconséquence folle que son mari (ou son ami) a changé, que tout danger est écarté. Parfois elle se pose en victime, minimise la gravité ou alors invoque les abus qu'elle a elle-même subis expliquant qu'on n'en a pas fait tant de cas. En général, elle ignorait l'existence des abus, comme si elle était incapable de les percevoir.

Quand l'abuseur est un autre membre de la famille (grand-père, oncle, cousin ou frère), on reprochera à l'enfant à la fois d'en avoir parlé en dehors de la famille et de ne pas en avoir parlé plutôt, comme si cela pouvait empêcher ce qui est arrivé. Même lorsque l'abuseur n'est qu'un ami de la famille, celle-ci peut faire preuve d'une indifférence tragique au sort de l'enfant. L'opprobre est rejeté sur celui qui dénonce le mal et non sur celui qui le commet...

Quand la victime dévoile les faits alors qu'elle est adulte, elle peut faire le choix de se séparer de sa famille si celle-ci n'entend en aucune façon manifester de la compréhension à son égard. Il est probable que toutes les ficelles de l'emprise seront utilisées pour lui faire regretter son choix et la culpabiliser. Lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent, les choses sont beaucoup plus complexes : il a besoin du soutien et de la protection de sa famille pour continuer à grandir. Si elle le blâme perpétuellement ou le rejette, il est alors banni de son propre territoire.

Dans un premier temps, l'intervention devrait donc être centrée sur le noyau familial, de telle sorte qu'il puisse à nouveau exercer sa fonction protectrice. Le premier point consiste à assurer la protection de l'enfant et éviter la récurrence. Si ce point n'est pas acquis d'emblée, il faut envisager le placement de l'enfant. Dans le cas de l'inceste père - fille ou fils, il est important de souligner d'emblée que la mère a failli à sa tâche de protection de son enfant et qu'elle porte également la responsabilité de ce qui est arrivé. S'il est important de rappeler constamment que la victime c'est l'enfant et non elle, il faudra prendre en compte sa réalité, notamment dans une approche transgénérationnelle, si c'est le cas d'écouter parler des abus qu'elle a subis, et travailler dans le sens qu'elle puisse être touchée, émue par ce que son enfant a vécu et vit encore.

Une des explications pertinentes pour expliquer cette absence de conscience du drame qui se joue d'abord, puis l'incapacité à y réagir adéquatement, réside dans le fait que la femme qui a subi des abus sexuels peut être victime de phénomènes de dissociation et voire ses capacités réactives baisser alors qu'elle est elle-même en danger (physique ou sexuel) ou que ses enfants le sont.⁵² Cela signifie aussi qu'elle est susceptible plus que d'autres d'être elle-même sous l'emprise de l'abuseur.

Alors même que l'abuseur a quitté le domicile familial, le climat d'emprise reste souvent entretenu par la mère : elle est en quelque sorte son intermédiaire en continuant à invoquer la loi du silence et en se raccrochant désespérément à l'idée d'une famille normale. Mais l'emprise commence à s'atténuer lorsqu'elle peut entendre la souffrance de son enfant.⁵³ Cette phase nécessite qu'un soutien important lui soit accordé, car elle implique souvent une réorganisation familiale et économique; c'est en fait un travail de deuil qu'elle doit accomplir.

Il est évident que les remarques ci-dessus s'appliquent pareillement aux deux parents si l'abuseur est un autre membre de la famille ou un proche. En apparence, les implications sont moins grandes puisque le couple n'est pas appelé à se séparer pour assurer la protection de l'enfant; mais en fait, l'intervention n'en est pas plus facile pour autant. Il n'est pas du tout évident de faire progresser les deux parents ensemble dans la prise de conscience des difficultés de leur enfant. Par ailleurs, des conflits larvés liées à l'histoire familiale de chaque parent peuvent apparaître à ce moment. Il est possible que le secret autour de l'abus sexuel soit une forme de maintien de la cohésion familiale à laquelle les parents ne veulent pas renoncer.

Lorsque la situation paraît bloquée à cause des difficultés que cela représente pour les parents (ou la mère) de se mobiliser pour défendre leur enfant, je suggère d'utiliser les techniques déjà mentionnées au deuxième point de ce chapitre pour redonner au(x) parent(s) le choix du pas suivant à atteindre. Cela peut se faire soit en utilisant une échelle d'évaluation (de 1 à 10) par exemple pour situer le degré de sécurité actuel dans la famille et en questionnant sur le maintien ou l'amélioration de la situation, soit en extériorisant le problème comme on l'a déjà montré plus haut. Y. Dolan ajoute deux techniques pour garantir la sécurité au sein de la famille : la première consiste à identifier un objet placé bien en vue qui soit le symbole de la sécurité dans la maison; si l'objet est déplacé (anonymement), cela signifie que le sentiment d'insécurité a augmenté dans la famille, et le premier qui le remarque (un parent ou un proche peuvent être dans la confidence de cette signification) téléphone à l'intervenant qui convoque alors une séance. La deuxième, utilisée dans les cas extrêmes, consiste à prendre à part les enfants et leur donner des cartes postales déjà timbrées; l'intervenant leur indique que quel que soit le texte de la carte, elle lui signifiera qu'ils ont besoin d'aide.⁵⁴

Pour toutes sortes de raisons en effet, il se peut que le noyau familial ne parvienne pas à assurer la protection physique et psychique de l'enfant. Il se peut également que les abus sexuels n'ont pas pu faire l'objet d'une poursuite pénale ou que celle-ci se soit soldée par un non-lieu. Quoique le but de toute prise en charge soit la réhabilitation de l'enfant par sa famille, ce qui suppose aussi la réhabilitation de la famille, il est malheureusement évident que dans bon nombre de situations il ne sera pas atteint. Si la situation a fait l'objet d'une intervention sociale qui se solde par un échec, l'enfant peut perdre toute confiance en les

⁵² Cf. Y. Dolan, op. cit., pp. 96 ss. et 115 ss.

⁵³ Cf. P. Lebbe-Berrier (et al.), op. cit.

⁵⁴ Op. cit., pp. 124 ss.

adultes. Même s'il est placé, il peut se trouver dans une situation critique sur le plan psychologique et parfois encore en danger dans son intégrité physique.

Comme les quelques chiffres donnés en introduction le montrent, la très grande majorité des enfants victimes d'abus sexuels ne dévoilent pas les sévices dont ils sont victimes. Ils sont donc également privés de l'intervention sociale et connaissent la même situation de danger. Pourtant, on peut supposer que la plupart atteint l'âge adulte sans dommages psychiques graves (psychose, personnalité limite) - voire même qu'ils survivent mieux à leur traumatisme que ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge. A partir de ce constat à première vue troublant, est-il possible d'inverser la réflexion sur les cas qui semblent désespérés ? Peut-on tirer pour la pratique thérapeutique et sociale un enseignement des situations qui ne sont pas dévoilées ?

S. Vanistendael, avec d'autres chercheurs du Bureau International Catholique de l'Enfance, utilise le terme de *résilience* (en physique : capacité de résistance au choc d'un matériau) pour parler de cette capacité étonnante de certains enfants à «se développer positivement malgré des conditions de vie difficiles, et ceci d'une façon socialement acceptable» ou encore à «réussir, de manière acceptable pour la société, en dépit d'un stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative». ⁵⁵ Ainsi il mentionne une étude sur les syndromes que des enfants naissant à Hawaï dans des familles défavorisées risquaient de présenter durant leur croissance; or, les chercheurs ont dû reconnaître qu'une minorité importante - un tiers environ - grandissait sans être apparemment affectée par ces conditions de vie difficiles.

Pour lui, la résilience se construit ou se développe à partir cinq éléments :

- *réseaux sociaux et acceptation inconditionnelle* : l'enfant a besoin dans son réseau relationnel d'au moins une personne (un parent, un autre membre de la famille, un ami, ou parfois même un professeur)⁵⁶ qui l'accepte fondamentalement, inconditionnellement; cela ne signifie pas que tous ses comportements doivent être acceptés...
- *capacité à trouver une logique, une raison et un sens à la vie* : l'enfant très pauvre, qui ne possède rien, peut tout de même créer ses propres pensées; la foi religieuse, sous diverses formes, est une des manières de donner un sens à sa vie
- *une gamme d'aptitudes* : ce domaine concerne l'apprentissage d'aptitudes sociales, d'aptitudes à résoudre les problèmes ainsi que certaines aptitudes techniques; la liste en est presque infinie
- *l'estime de soi* : elle dépend étroitement de l'acceptation inconditionnelle et de la découverte de sens à la vie également; mais c'est un élément en soi qui peut être encouragé ou détruit par les événements quotidiens (encouragements bien-fondés, critiques constructives, objectifs ne visant pas la perfection, ou à l'inverse discipline sévère, critiques négatives, objectifs irréalisables, ironie grinçante...)
- *l'humour* : au sens profond du sourire face à l'adversité, il intègre la réalité de la vie et la transforme en un élément plus supportable et positif (à l'exemple des clowns dans les secteurs pédiatriques des hôpitaux).

⁵⁵ VANISTENDAEL S. : *La résilience ou le réalisme de l'espérance*. Genève, Les cahiers du BICE, 1995.
VANISTENDAEL S. : *Blessé mais pas vaincu : la résilience*. In : *Repères*, avril 1996, n°8, pp. 32-34.

⁵⁶ Il cite également le cas de Anne Frank, qui écrivait son journal à une amie imaginaire; ce type d'acceptation inconditionnelle par un autre soi-même ressemble à certaines techniques thérapeutiques déjà évoquées et qui peuvent être utilisées spécialement avec des adultes lorsqu'il n'y a plus personne dans leur entourage qui puisse prendre leur défense - cf. Y. Dolan qui propose assez souvent le recours à l'écriture.

Comme il le souligne lui-même, cette approche est plus facile à mettre en pratique dans les pays en voie de développement que chez nous, le travail étant moins structuré et l'importance des réseaux informels beaucoup plus grande. Mais l'état d'esprit du concept est assez proche du constructivisme et des thérapies centrées sur la solution :

- au lieu de faire un diagnostic des problèmes, déterminer les besoins et les ressources des personnes et des groupes, parfois enfouies ou cachées derrière des comportements difficiles
- au lieu de combler les déficits, rechercher les forces et le moyen de les mobiliser
- au lieu d'insister sur les interventions de l'extérieur, construire le plus possible à partir de la personne, de la communauté et des solutions qu'elles ont elles-mêmes trouvées.

Des cinq éléments proposés, tous importants, c'est le premier qui retiendra ici particulièrement mon attention. L'acceptation inconditionnelle de l'enfant est considérée par les professionnels familiarisés avec le concept de la résilience comme la base de celle-ci. On a déjà esquissé la possibilité que l'intervenant soit un relais pour garantir la sécurité des enfants lorsque cela s'avère nécessaire. Toutefois, cette position si elle peut permettre d'éviter le pire n'offre pas de possibilité de construction psychique pour l'enfant. Par ailleurs, si la famille ne tient décidément pas compte des difficultés de son enfant, on voit mal comment elle pourrait être attentive à son besoin de reprendre un processus thérapeutique à certains moments de son cycle de vie comme on l'a mentionné plus haut.

Dans le déroulement du processus thérapeutique (onzième étape), C. Madanes propose de rechercher un protecteur pour la victime autre que la mère, compte tenu de son incapacité à remplir cette tâche. Elle sollicite donc la famille élargie : il peut s'agir d'un oncle respectable, ou des deux grand-mères. Dans l'optique où la thérapie parvient à son but, c'est-à-dire la réhabilitation de la famille entière, et notamment dans sa fonction protectrice, le rôle du protecteur s'éteint naturellement.

Mais dans le cas où aucune démarche n'aboutit, le rôle de ce parent devrait aller alors beaucoup plus loin que celui de la protection : il devrait être celui qui accepte l'enfant de manière inconditionnelle. Même placé, l'enfant devrait savoir qu'il y a quelqu'un sur qui il peut compter et à qui il peut se confier. Prioritairement, cette personne devrait être dans la famille. Ces liens, même s'ils sont parfois distendus, sont ceux qui durent, bien au-delà d'une prise en charge professionnelle en général. D'après mon expérience, il me semble que même dans les familles apparemment les plus dysfonctionnelles, il y a toujours quelqu'un (oncle, grand-parent, arrière grand-parent, cousin, etc.) qui se soucie de la situation et qui manifeste un intérêt réel pour l'enfant.

Il n'est cependant pas toujours facilement mobilisable, peut-être en raison de l'éloignement géographique, ou parce qu'il ressent le besoin de protéger sa famille ou se protéger lui-même de la problématique familiale. Il est important alors de lui rappeler qu'acceptation inconditionnelle de l'enfant ne signifie pas acceptation de tous ses comportements et qu'il est aussi en droit de mettre des limites à son accueil (par exemple, refuser qu'un adolescent ne consomme de la drogue sous son toit). Si c'est la distance géographique qui fait problème, il faut encourager les échanges épistolaires ou téléphoniques. L'important est que l'enfant ou l'adolescent sache qu'il y a une personne au moins dans son entourage qui la croit, sans remettre en doute la réalité de sa souffrance, et qui croit en elle, en la possibilité qu'elle vive une vie normale et épanouie. La responsabilité du suivi de la thérapie (à quel moment reprendre contact et avec qui) devrait lui être confiée.

Si ce «parrain» ne peut être trouvé dans la famille, c'est peut-être dans l'entourage direct (amis de la famille, parents d'un camarade d'école ou de jeux) qu'une telle personne se manifesterait. C'est bien sûr plus problématique parce que les amitiés changent, tandis que les liens de sangs demeurent - pour le pire ou le meilleur... Ce rôle peut être celui de la famille d'accueil - et pourquoi pas d'adoption, dans les cas extrêmes. Mais il faudra cependant veiller tout particulièrement à ce que l'enfant ou l'adolescent placé en famille d'accueil ne soit pas rejeté par elle si des difficultés graves surviennent.

Enfin, ce rôle peut échoir à un professionnel (un éducateur, un enseignant), quoique cela pose plus de problèmes. D'une part, cela tend à disqualifier l'institution familiale aux yeux de l'enfant, sans lui donner vraiment un autre modèle sur lequel il puisse se baser. D'autre part, la «durée de vie» du professionnel est plus réduite dans le temps, puisque l'enfant en grandissant va quitter l'institution ou changer de classe. A moins qu'il ne déborde de son cadre professionnel - ce qui n'est en général pas souhaitable parce que pas cohérent, il y aura tôt ou tard une séparation qui va intervenir et l'on peut en prévoir les effets néfastes. Par contre, le rôle des intervenants professionnels est évident s'agissant des autres domaines dans lesquels la résilience se construit : sens de la vie, aptitudes, humour, et tout particulièrement l'estime de soi.

Une autre raison de recourir plutôt à la famille élargie ou aux proches, c'est le fait que cela ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques pour l'enfant et son noyau familial. Comme le fait remarquer L. Onnis, le rôle du thérapeute pour stimuler les capacités d'auto-guérison du système est d'en accroître la complexité plutôt que de chercher à le faire entrer dans la normalité.⁵⁷ Dans les familles à transaction incestueuse où tout paraît figé, la mobilisation de ressources à l'extérieur du noyau familial, amène déjà une complexification. Le simple fait de dire, d'ouvrir un espace de parole constitue en soi une différence. Cela est confirmé par cette constatation courante que quand on commence à rechercher un dialogue avec d'autres membres du groupe (familial ou non) à propos d'un problème que l'on perçoit mais sur lequel on ne peut pas agir, celui-ci commence à trouver des solutions, sans intervention particulière.

Et puis finalement, rendre la responsabilité de l'avenir de l'enfant à sa famille, que ce soit le noyau familial lorsqu'il est mobilisable ou la famille étendue, c'est donner le message à l'enfant que la famille n'est pas qu'un lieu de souffrance mais qu'elle aussi un lieu de guérison et d'épanouissement. C'est aussi redonner du sens au travail de l'intervenant (le cas échéant du réseau d'intervenants), qui peut partager le souci du devenir de l'enfant mais en aucun cas en être tenu pour seul responsable. Une des techniques possible lorsque l'on se trouve dans une impasse, et notamment si l'enfant risque d'être rejeté de sa famille, consiste à convoquer une réunion du réseau complet, familial et professionnel; il s'agit de battre le rappel, d'exposer la situation y compris dans ses aspects les plus dramatiques, et d'obtenir que les difficultés soient partagées entre tous et plus particulièrement que la famille proche ou élargie reprenne à son compte une partie au moins des difficultés.

On peut faire l'hypothèse que la plupart des victimes d'abus sexuels ne les dévoilent pas parce qu'elles ne sont pas sûres de ne pas tout perdre en le faisant. Il se peut également qu'elles ont réussi par des phénomènes inconscients à s'accommoder au problème d'une manière satisfaisante à ce moment là de leur vie. Il est enfin probable que quelque part dans leur environnement, elles reçoivent (ou ont reçu dans le passé) cette acceptation inconditionnelle qui leur permet de continuer à se développer malgré l'inceste ou l'abus.

⁵⁷ ONNIS L. : *Redéfinition des problèmes : un exemple de la créativité du thérapeute systémique*. In : *Thérapie familiale*, 1987, vol. 8, n°1, pp. 59-69.

L'intervention sociale menace cet équilibre précaire, un peu comme l'arrivée d'une civilisation industrielle dans une contrée sauvage. La définition ou redéfinition de normes (l'interdit de l'inceste) oblige le système à se réorganiser et il est possible que l'élément le plus faible (la victime) en soit exclu. Schématiquement, on peut dire que le travail de l'intervenant consiste alors à lui redonner une place dans son système (en travaillant avec la famille) ou à recréer des conditions naturelles pour assurer sa survie. Dans ce dernier cas, il s'agit de créer une sorte de parrainage (il se peut bien d'ailleurs que ce soient les parrain et marraine officiels de l'enfant qui jouent ce rôle), voire même si rien d'autre ne s'avère possible travailler dans le sens de l'adoption de l'enfant.

CONCLUSION

«L'avenir, c'est du passé en préparation.»

Pierre Dac

L'abus sexuel - l'inceste - est une expérience destructrice pour tout enfant qui le subit. Au traumatisme de l'acte violent s'ajoute l'aliénation de la relation abusive. Aussi, on a parfois comparé l'inceste à un meurtre psychologique. Mais on s'est trompé. Certes, l'intention est criminelle et, pourquoi pas, meurtrière. Mais on a sous-estimé la capacité de survie des victimes; la blessure est profonde, mais pas irrémédiable. Même si cela n'y paraît pas à première vue, il est possible d'envisager la rémission des maux et l'espoir d'une vie débarrassée des entraves psychiques de l'abus sexuel existe.

L'abus sexuel n'est pas un symptôme, il n'est pas une «solution». Il n'est utile en rien à la survie du système, même si celui-ci se réorganise autour de cette réalité. L'énergie terrible que mettent les victimes pour assurer leur propre survie face à un système qui les broie démontre bien qu'il ne s'agit de rien d'autre que d'une agression barbare. Mais cette réalité ne doit pas nous faire perdre de vue que c'est tout le système qui a besoin d'aide, de soins, qui est victime et prisonnier de cette transaction incestueuse. C'est d'autant plus nécessaire que même s'il a été projeté dans le monde des adultes, l'enfant abusé doit pouvoir retourner à l'enfance pour poursuivre son développement, et qu'il a encore besoin de sa famille pour cela.

Contrairement à ce que l'on prétend parfois, l'intervention des instances policières judiciaires, sociales et médicales ne garantit pas la guérison de l'enfant victime d'abus sexuels. Cette intervention n'a pas pour objet de «sauver» l'enfant, mais de rappeler la loi sociale, et particulièrement l'interdit de l'inceste. L'intervention sociale vise la normalité, qui est en soi contraire à la créativité que la thérapie tente de mettre en oeuvre pour trouver des solutions à l'impasse de l'abus sexuel.

Il est vrai que l'accompagnement de l'enfant, les mesures de protection qui sont ordonnées, une expertise psychiatrique, le soutien d'un avocat, etc., peuvent avoir une valeur thérapeutique si ces mesures sont respectueuses de l'enfant et de son contexte familial. Mais elles peuvent aussi s'avérer fortement anti-thérapeutiques, notamment si elles ont pour but d'extirper l'enfant de son système familial «pathogène» sans égard aux liens, même pervers, qui l'y unissent encore.

La guérison est un long cheminement, qui se vit en plusieurs étapes. Il nécessite de la part de l'accompagnant autant de savoir-faire que de savoir-être : il doit être à la fois directif et plein de sensibilité pour saisir ce que l'enfant veut et peut à ce moment; il doit être disponible intérieurement pour accéder à ce qu'il y a d'inavouable en lui; il doit oser le doute à propos de son intervention, mais en même temps rester inébranlable dans ses convictions. C'est en effet de la confrontation des deux points de vue ou plutôt de deux épistémologies, celle de l'intervenant (en général circulaire) et celle de la victime ou de sa famille (habituellement linéaire), que peut émerger une nouvelle réalité non-pathogène.

Aussi curieux que cela puisse paraître, le nombre supposé important d'enfants victimes d'abus sexuels qui ne dévoilent pas les sévices dont ils font l'objet laisse à penser que d'une manière générale ceux-ci trouvent des moyens d'y survivre. Cela ne veut pas dire qu'il n'en résulte pas des souffrances, et qu'il faille renoncer à toute forme de prise en charge pour privilégier l'oubli et le silence. Mais, plutôt que de chercher à résoudre tous les problèmes qui subsistent encore, il s'avère plus utile pour la prise en charge de mettre à jour les solutions qui existent déjà et mobiliser les forces auto-curatives de la famille et de l'enfant.

A la condition qu'au moins une personne de son entourage soit prête à l'accepter de façon inconditionnelle, l'enfant a de bonnes chances de pouvoir continuer à se développer et s'insérer d'une manière acceptable dans la société. Dans la mesure où il aura acquis suffisamment de moyens pour garantir son autonomie et donner du sens à sa vie, il pourra ensuite à l'âge adulte, peut-être au gré de circonstances difficiles, demander de l'aide pour soigner ce qui doit encore l'être et continuer son cheminement.

ANNEXE

Résultats de l'enquête interne au Service de Protection de la Jeunesse portant sur 18 situations d'abus sexuels annoncées en 1995 et 1996⁵⁸

1. Age de l'enfant au moment du signalement, selon le sexe

	0-3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18+
F	1	3	1	1		2	1		1	1	1	2		2	1	
M								1								

2. Ecart dans le temps entre les faits et le signalement au SPJ et à la Police

	- 1 mois	1-3 mois	3-6 mois	6-12 m.	12-18 m.	18-24 m.	+ 24 m.
SPJ	11	3		1	1		2
Police	11	3	1		1		2

3. Les actes commis ont-ils été dénoncés au juge d'instruction ?

Oui	Non	Ne sait pas
17	1	

4. Si oui, quelle a été l'issue de l'enquête pénale ?

Non-lieu	Renvoi devant le Tribunal	Pas encore connue
1	7	9

5. Quelle a été l'issue du procès ?

Condamnation a une peine ferme	Condamnation avec sursis	Peine suspendue au profit traitement psy	Pas encore connue
2	1	1	3

6. L'auteur présumé a-t-il été incarcéré préventivement ?

Oui	Non	Ne sait pas
6	11	1

⁵⁸ L'enquête portait sur les situations d'abus sexuels annoncées en 1996, soit 22; 14 questionnaires ont été retournés. Pour 9 autres situations, un questionnaire a été rempli (6 en 1996 mais ne figurant pas dans la statistique, et 3 en 1995). 5 questionnaires (situations de 1996) ont été éliminés, les abus n'étant pas objectivés.

7. Les abus sexuels ont été commis par :

Un des parents vivant en ménage commun avec l'enfant	7
Un beau-parent vivant en ménage commun avec l'enfant	2
Un des parents ne vivant pas en ménage commun avec l'enfant	1
Un beau-parent ne vivant pas en ménage commun avec l'enfant	
Un membre adulte de la famille	1
Un proche de la famille (ami ou connaissance)	2
Un membre mineur de la famille (fratrie, cousin, etc.)	2
Un autre mineur	1
Un voisin (qui ne soit pas ami ou proche de la famille)	1
Une personne inconnue	1

8. L'enfant a-t-il reçu de une aide spécifique suite aux abus sexuels dont il a été victime ?

Oui	Non	Ne sait pas
16	2	

9. Si oui, de quel type ? (plusieurs réponses possibles $\Rightarrow n > 18$)

Placement en institution éducative	4
Placement en famille d'accueil	1
Placement en hôpital ou institution psychiatrique pour enfant ou adolescent	
Groupe thérapeutique (Famille solidaires, par exemple)	2
Thérapie en cabinet privé ou SUPEA	9
Travail particulier de l'assistant social ou de l'éducateur en milieu ouvert	4
Centre LAVI	1
Réseau de soutien	1

10. Si non pourquoi ? Eventuellement, quoi d'autre en lieu et place ?

- 1) *L'abus, commis par un voisin pédophile multirécidiviste, a été immédiatement dénoncé. Les parents ont joué un rôle protecteur adéquat et ont dédramatisé la situation qu'ils voulaient gérer seuls.*
- 2) *Les abus ont été commis par un enfant de la famille d'accueil de jour et ont été immédiatement dénoncés. L'enfant en était soulagé et il n'a pas paru utile de donner une suite à l'intervention.*

11. Qui a le plus influencé le choix de ce type d'aide ?

Parents	Juge de paix	Assistant social SPJ
3	2	11

12. La prise en charge proposée a-t-elle été suivie ? (durée du traitement, fréquence des rendez-vous, etc.)

Oui	Non	Ne se prononce pas
7	7	2

Thérapie en cabinet privé et au SUPEA : 3 réponses mentionnent 2-3 séances, 2 réponses mentionnent une thérapie de 3 à 6 mois, 5 réponses mentionnent une thérapie régulière sur une plus longue durée.

«Familles solidaires» : une fratrie de deux enfants a été orientée sur les groupes de thérapie, mais la prise en charge n'a pas fonctionné.

13. Le résultat a-t-il été satisfaisant aux yeux du mineur?

Oui	Non	Ne sait pas
6		10

14. Le résultat a-t-il été satisfaisant pour celui qui l'a «instigué» ?

Oui	Non	Ne sait pas
7	3	6

15. Attitude générale du mineur durant la prise en charge :

Plutôt favorable	Plutôt indifférent	Plutôt opposé	Impossible à savoir
10	1		7

16. Attitude des parents ou du détenteur de l'autorité parentale durant la prise en charge :

Plutôt favorable	Plutôt indifférent	Plutôt opposé	Impossible à savoir
8	1	6	3

17. Attitude des parents ou du détenteur de l'autorité parentale face au mineur :

Offrent soutien et protection de manière adéquate	6
Tentent d'offrir soutien et protection mais de manière inadéquate	6
Sont plutôt indifférent à sa situation, la banalisent	
Sont autant compréhensifs envers la victime que l'abuseur	1
Sont plus compréhensifs envers l'abuseur que la victime	
Accusent le mineur d'être responsable de la situation et disculpent l'abuseur	5
Impossible de connaître leur attitude	

18. Y a-t-il un mandat de protection de l'enfant ?

Non	7
Enquête en limitation de l'autorité parentale	1
Surveillance (art. 307 CCS)	3
Curatelle d'assistance éducative (art. 308 CCS)	3
Garde (art. 310 CCS)	4

Note : dans les 5 situations où les parents rejettent la responsabilité de la situation sur le mineur, ce dernier est placé, 4 fois avec le droit de garde au SPJ, une fois sans mandat mais avec l'accord des parents.

19. But du mandat (synthèses des réponses pour les mandats selon art. 307 et 308 CCS) :

Soutenir la mère (l'abuseur est le père, le beau-père ou l'ami de la mère)	4
Soutenir les parents divorcés (l'abuseur n'est pas le père)	2
Maintenir un contact avec le père abuseur (envisager un droit de visites)	2

Note : dans les 4 situations où le droit de garde est confié au SPJ (selon art. 310 CCS), le but du mandat est le placement de l'enfant ou de l'adolescent; le retrait de la garde est consécutif à l'abus sexuel.

BIBLIOGRAPHIE

Livres

- BATESON G. :** *Vers une écologie de l'esprit*. Tomes 1 et 2. Paris, Seuil, 1977 et 1980.
- CIRILLO S., DI BLASIO P. :** *La famille maltraitante*. Paris, ESF, 1992.
- DOLAN Y. :** *Guérir de l'abus sexuel et revivre*. Techniques centrées sur l'hypnose éricksonienne pour le traitement des adultes. Bruxelles, Satas, 1996.
- GOLDBETER-MERINFELD E.** (sous la direction de) : *Violence sexuelle, inceste et famille*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 10; Toulouse, Privat, 1989.
- MADANES C. :** *Sex, Love and Violence*. Strategies for transformation. New-York, Norton, 1990.
- MALAREWICZ J.-A. :** *Comment la thérapie vient au thérapeute*. Paris, ESF, 1996.
- MARC E., PICCARD D. :** *L'école de Palo Alto*. Paris, Retz, 1984.
- PERRONE R., NANNINI M. :** *Violence et abus sexuels dans la famille*. Une approche systémique et communicationnelle. Paris, ESF, 1995.
- PLUYMAKERS J.** (et al.) : *«Traiter» la maltraitance : une remise en question*. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, n° 17; Paris & Bruxelles, De Boeck Université, 1996.
- VAN GIJSEGHEM H.** (et al.) : *L'enfant mis à nu*. L'allégation d'abus sexuel : la recherche de la vérité. Montréal, Méridien, 1992.
- VANISTENDAEL S. :** *La résilience ou le réalisme de l'espérance*. Blessé mais pas vaincu. Genève, Les cahiers du BICE, 1995.
- VANNOTTI M.** (sous la direction de) : *Le silence comme un cri à l'envers*. Maltraitements et abus sexuels envers les enfants. Genève, Médecine et Hygiène, 1992.

Etudes

- CHOLLET J.-L., GRENACHER V., RAHMAN A. :** *Abus sexuels sur les mineurs*. Aspects statistiques des cas connus dans le canton de Vaud en 1992. IDHEAP, cours de politique sociale, Lausanne, juin 1994.
- CHOLLET J.-L., GRENACHER V. :** *La lutte contre les abus sexuels envers les mineurs : analyse de l'action menée dans le canton de Vaud*. Cahier de l'IDHEAP n°155, Lausanne, février 1996.
- LOMBARDET F. :** *Les abus sexuels intrafamiliaux*. Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques, mémoire de 1er cycle, octobre 1993.
- TECKLENBURG U., ECOEUR Y. :** *Décisions de placements de mineurs dans le canton de Vaud*. DPSA, Service de Protection de la Jeunesse, Lausanne, 1996.
- Enfance maltraitée en Suisse*. Rapport final du Groupe de travail Enfance maltraitée. Office central fédéral des imprimés et du matériel, Berne, 1992.

Articles

BAK F., PERRONE R. : *Violence sexuelle et troubles cognitifs.* In : *Le Journal des psychologues*, avril 1996, n°136, pp. 29-33.

BONARD O. : *ATEMA : le soin psychique à l'enfant maltraité ou abusé et à sa famille.* In : *Courrier du Médecin Vaudois*, Lausanne, février 1997, n° 1, pp. 10-11.

BONARD O. : *Soins psychiques aux enfants maltraités et abusés et à leurs parents (ATEMA).* In : *Revue Médicale de la Suisse Romande*, Lausanne, 1997, n° 117, pp. 425-428.

GABEL Marceline : *Les abus sexuels en 1994.* État des lieux et repères pour les professionnels. In : *Différences*, Paris, décembre 1994, n° 57, pp. 2-6.

GRAVIER B., DEVAUD C. : *Délinquance sexuelle.* Etat des lieux. In : *Nervure*, Tome VIII, n° 7, octobre 1995, pp. 10-22.

HALPÉRIN D. : *Abus sexuels d'enfants : du déni à la quantification.* In : *Courrier du Médecin Vaudois*, Lausanne, février 1997, n° 1, pp. 5-7.

HURNI M., STOLL G. : *L'inceste sous l'angle de la perversion.* In : *Médecine et Hygiène*, avril 1992, n° 50, pp. 920-924.

LEBBE-BERRIER P. : *Les violences sexuelles dans la famille.* Abuser - Être famille abusive - Être abusé - Avoir abusé - Avoir été famille abusive - Avoir été abusé. In : *Thérapie familiale*, Genève, 1996, vol. 17, n° 2, pp. 287-294.

LEBBE-BERRIER P., KHELIFA O., BERRIER J.-M. : *Les violences sexuelles dans la famille.* Modélisation des interventions avec des familles incestueuses. In : *Thérapie familiale*, Genève, 1996, vol. 17, n°2, pp. 295-307.

LE FEVRE DE TEN HOVE M. : *Le pays où la résistance n'existe (presque) pas.* Ou, comment infléchir la résistance vers une coopération ? In : *Thérapie familiale*, Genève, 1996, vol. 17, n° 2, pp. 351-357.

MASSON O. : *Les abus sexuels envers les enfants.* In : *Bulletin des médecins suisses*, vol. 67, n° 41, 1986, pp. 1881-1882.

MASSON O. : *Mandats judiciaires et thérapies en pédopsychiatrie.* In : *Thérapie familiale*, Genève, 1988, vol 9, n° 4, pp. 283-300.

ONNIS L. : *Redéfinition des problèmes : un exemple de la créativité du thérapeute systémique.* In : *Thérapie familiale*, Genève, 1987, vol. 8, n°1, pp. 59-69.

VANISTENDAEL S. : *Blessé mais pas vaincu : la résilience.* In : *Repères*, Genève, avril 1996, n°8, pp.32-34.