

La destinée de la jeune victime de maltraitance sexuelle

Emmanuel de Becker*

Résumé

La maltraitance des enfants constitue un sujet de préoccupations qui concerne tant les professionnels de l'enfance, quelle que soit leur discipline, les particuliers, les familles, que la société en général. Partant de cinq vignettes cliniques pour illustrer la problématique et montrer toute la difficulté à penser l'intervention, l'article développe dans un premier temps des considérations sur le statut actuel de l'enfant. Si la reconnaissance des droits de l'enfant est aujourd'hui acquise dans nombre d'États, bien des risques menacent son intégrité et sa subjectivité. Puis, l'auteur aborde les répercussions sur le plan clinique de l'abus sexuel, présentant les différents champs symptomatiques concernés, discutant de la question de la répétition transgénérationnelle. Enfin, il propose un canevas de rencontres de parole centrées sur cette forme de maltraitance.

Introduction

La maltraitance des enfants constitue un sujet de préoccupations qui concerne tant les professionnels de l'enfance, quelle que soit leur discipline, que la société en général, et les pouvoirs politiques en particulier. En Belgique, en 1985, un premier décret balise la mise en place d'équipes pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des situations de maltraitance. Il traduit une prise de conscience collective d'une réalité qui dépasse les discussions autour du statut des fantasmes du jeune individu. Par la suite, deux décrets successifs, en 1998 et en 2004, consolident les missions de ces équipes non sans réactions mitigées. En effet, dans le paysage médico-psycho-social concerné par l'enfance en souffrance, nombre de cliniciens redoutent la stigmatisation, la focalisation sur une symptomatologie présentée par l'enfant à travers le prisme de l'inadéquation des attitudes à son égard et les risques liés, entre autres, à l'éventuel processus de répression corollaire à l'intervention. Comme dans toute discipline, l'hyperspécialisation est redoutée, d'ailleurs

non sans raison, par la menace de perdre les apports d'une approche holistique de l'individu. Soulignons toutefois que des équipes pluridisciplinaires, composées d'assistants sociaux, de psychologues, d'un juriste et de médecins (pédiatre et pédopsychiatre), veillent à prendre en compte la complexité des situations rencontrées dans une conception globale évaluative et thérapeutique.

L'article discute, à partir de considérations générales sur le statut de l'enfant, des diverses répercussions de la maltraitance sur ce dernier pour ensuite proposer les lignes principales de la rencontre centrée sur le thème de l'abus sexuel. Dans un premier temps, cinq vignettes cliniques illustrent la problématique et montrer toute la difficulté à penser l'intervention en termes du rapport bénéfices/inconvénients pour l'enfant et son entourage.

* Psychiatre infanto-juvénile, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Vignettes cliniques

a) Une pédopsychiatre est perplexe à propos d'une mère qui consulte avec son enfant âgé de 3 mois, s'interrogeant sur la possibilité que le père abuse de celui-ci. La mère a rassemblé certains indices, ne pouvant concevoir une telle inadéquation chez le chef de son compagnon. Ce dernier aurait fait de la prison il y a plusieurs années, sans jamais donner à sa femme les raisons exactes de son incarcération. Madame oscille entre certitude, l'amenant à devoir se séparer du père, et réassurance, attribuant ses pensées négatives à son propre passé douloureux. Elle confirme en effet avoir été victime d'abus sexuel de la part de son beau-père durant l'enfance.

La pédopsychiatre a rencontré trois fois cette jeune mère, dont le discours est par moments cohérent et structuré et, à d'autres, dispersé et aux accents interprétatifs très nets. La relation au bébé n'inquiète pas centralement la professionnelle. Celle-ci se demande comment poursuivre pour le bien à la fois de l'enfant, de la mère et de leur lien. Elle se demande s'il ne serait pas opportun de rencontrer le père en question. Par ailleurs, elle redoute les effets d'une intervention confrontante, les répercussions sur l'enfant en termes de stress en particulier, éprouvant malgré tout un malaise dans le fait de demeurer dans la confidentialité du lien thérapeutique établi avec la mère et le bébé.

b) Une psychologue scolaire est déstabilisée devant les dessins réalisés en séances individuelles par une petite fille âgée de 6 ans. Le contexte familial, marqué par une séparation parentale très conflictuelle, rejaillit sur l'enfant qui présente de l'agitation anxieuse. En entretiens, la petite fille dessine avec intensité et fébrilité, parlant peu et donnant de rares commentaires à ses productions graphiques.

Le clinicien s'interroge entre autres sur la forme des arbres (évocatrice de pénis) et l'importance accordée aux caractères sexuels des personnes présentes sur le dessin ; ainsi, les sexes masculins et féminins sont clairement représentés. La psychologue se demande s'il s'agit d'une expression d'enjeux œdipiens... ou d'une éventuelle maltraitance... Ici encore, la question cruciale réside dans le fait d'ouvrir ou non au niveau du contexte familial les hypothèses d'élaboration du professionnel avec les répercussions sur l'enfant de telle ou telle option.

c) En service de santé mentale, une psychiatre reçoit une jeune fille de 16 ans accompagnée par son père. Le motif de consultation consiste en : un décrochage scolaire ; une opposition de plus en plus marquée à l'égard de tout ce qui touche à la fonction d'autorité ; une consommation régulière de cannabis et d'alcool ; des rapports sexuels multiples et non protégés. La Professionnelle apprend que la mère de la jeune fille est décédée brutalement il y a environ trois ans. À la troisième rencontre individuelle, l'adolescente confie sa crainte d'être enceinte de son frère qui, depuis deux ans et demi, la force sexuellement. La psychiatre, devant ces confidences, pense qu'il faut impliquer le parent, mais la jeune refuse catégoriquement que le père soit informé de ses craintes. Vu son âge, sa maturité, sa capacité à analyser les divers enjeux de sa situation, la clinicienne aide l'adolescente à se diriger vers un planning familial en vue d'un accompagnement de ses questions centrées sur une éventuelle grossesse et de son interruption. Elle tient cependant à poursuivre la thérapie en complément des démarches concrètes sur le plan médical.

d) Un psychothérapeute rencontre un homme de 40 ans, père de trois enfants. Il consulte pour trouble anxieux alimenté par diverses difficultés professionnelles. Homme intelligent et fin, il souhaite être accompagné dans ce qu'il appelle une « remise en question au milieu de sa vie ». Après une dizaine de séances, il confie, non sans culpabilité, avoir à plusieurs reprises caressé sa fille de 10 ans, la nuit, alors qu'elle dormait, d'après lui, profondément. Il ne s'en est jamais ouvert à personne d'autre. Il regrette, s'interroge sur les raisons de son comportement, tout en reconnaissant combien il lui est impossible de s'engager à y mettre fin définitivement. Le professionnel rappelle au patient le cadre de son intervention et ses limites sur le plan déontologique et légal. Il évoque également les répercussions sur l'enfant. Toutefois, l'homme demande ardemment de maintenir la confidentialité, s'appuyant sur le fait que l'enfant n'est pas en danger et qu'en conséquence le psychothérapeute ne peut sortir de sa réserve. Ce dernier estime alors qu'il est préférable de poursuivre le travail entrepris sans autres interventions.

e) À la demande des parents d'une petite fille de 8 ans, un psychologue rencontre le grand-père paternel âgé de 70 ans. Homme socialement bien

établi, ayant brillamment réussi sa carrière professionnelle, il aurait, d'après les révélations de sa petite-fille, caressé et embrassé son sexe. Les faits se seraient déroulés il y a trois mois dans la chambre du grand-père après un bain pris dans la piscine lors d'une journée d'été. Le grand-père, accompagné de sa femme (il refuse fermement d'être rencontré individuellement), reconnaît le geste, sa dimension transgressive, tout en le relativisant et en insistant sur son caractère unique. Soutenu par sa femme, il fait état de son parcours personnel, de son investissement comme père et grand-père et des retombées dommageables si, pour un fait anodin, la justice devait être informée de ce qu'il appelle un simple « dérapage ». Il accepte néanmoins de venir à trois séances pour parler de lui et « rassurer ainsi le professionnel » qu'il n'y a aucun risque de récurrence. Au cours des séances, l'homme ne parlera guère des autres et encore moins de sa petite-fille, se centrant sur sa personne. L'intervenant, revoyant les parents après les trois séances avec le grand-père, s'interroge sur le discours de ce dernier et s'inquiète des répercussions sur l'enfant de 8 ans... Les parents, quant à eux, sont divisés. Ils optent pour une prise de distance radicale avec les grands-parents tout en se demandant s'il y a lieu ou non d'interpeller les autorités judiciaires. Ils redoutent les retombées sur l'enfant, sur eux-mêmes... et sur les grands-parents.

Considérations générales

La maltraitance à l'égard des enfants représente tant une question de santé individuelle, socio-familiale, qu'une question de santé publique. Il s'agit d'une thématique transdisciplinaire qui interroge les divers aspects de la violence à l'égard de laquelle chacun a sa propre idée, ses représentations et son histoire personnelle ; ainsi, chaque subjectivité est nécessairement mobilisée. Ces problématiques singulières et complexes confrontent les volets de la protection, de l'aide et des soins, et en corollaire leurs interactions, en nécessitant une approche diversifiée à partir des regards sociologique, juridique, psychologique et médical.

Évoquons de manière succincte quelques aspects historiques. La maltraitance est un phénomène « vieux comme le monde ». À travers les écrits et les récits d'époque, on constate que l'enfant n'a pas de statut propre, situation qui entraîne qu'il devient

facilement victime de mauvais traitements sous quelque forme que ce soit. Durant l'Antiquité, le père a droit de vie ou de mort sur un nouveau-né. Au Moyen Âge, l'enfant est considéré comme un être fondamentalement doué de malice, voire diabolique, suscitant la méfiance, état qui réclame des mesures strictes de dressage dictées, entre autres, par la religion. Au XIX^e siècle, l'enfant est soumis à une dictature éducative marquée par les punitions corporelles quand il n'est pas mis au travail de manière précoce. Il faudra attendre la fin du XIX^e siècle pour voir apparaître le concept de « maltraitance » repris alors dans les textes juridiques. Ainsi, pendant des siècles, l'enfant, l'*infans*, est celui qui ne parle pas ; ni sa parole ni ses actes n'ont de statuts reconnus. De plus, il y a lieu de se méfier de son énonciation qui reflète les fantasmes, traduisant sa potentialité de « pervers polymorphe ». Le concept d'« enfant battu » apparaît aux États-Unis vers 1950 ; c'est le constat du corps réel objectivement bafoué qui ouvre sur la réalité de l'enfant et la prise de conscience de son vécu. En 1989, la Convention internationale des droits de l'enfant permet de reconnaître le mineur d'âge comme sujet du droit. À la fin du XX^e siècle, les révélations de maltraitance sont prises en considération parfois de manière peu nuancée, voire à l'emporte-pièce, en omettant le fait que l'enfant peut, comme tout individu, mal interpréter l'intention de l'autre ou mentir pour diverses raisons. On voit également apparaître la désignation d'une nouvelle figure de bouc émissaire social en la personne du pédophile.

Et l'enfant aujourd'hui ? Quand on observe l'évolution des mentalités sociétales, les domaines variés du droit, les multiples champs de la santé, on constate que son statut n'a jamais été aussi pris en considération, que ce soit sur le plan théorique qu'au niveau des pratiques. Dans les sociétés modernes, il existe une réelle préoccupation de son bien-être, de son épanouissement et de sa protection. Ainsi, à côté de la parenté proprement dite, prend place la notion de parentalité développée, entre autres par Houzel et Delion, qui traduit l'implication des parents à l'égard de l'enfant, leurs attentions vis-à-vis de la qualité de l'attachement et des interactions (Delion, 2010 ; Houzel, 1999). Cet indéniable progrès s'accompagne néanmoins de certains risques étayés par plusieurs facteurs. Le jeune sujet est devenu un bien précieux, une denrée rare, étant donné que dans nombre de pays

européens il y a peu d'enfants par famille. Et il y a lieu de le protéger de tous les dangers. Bien des familles soustraient dès lors l'enfant de toute situation dite « à risque », optant pour une démarche de type « tolérance zéro », vivant et présentant le monde extérieur tel un univers par essence menaçant. Par ailleurs, il est l'enfant du désir, d'un désir de plus en plus planifié et programmé. Dans cette perspective, sa mort est vécue comme un échec, une injustice pouvant générer la révolte. Par ailleurs, l'enfant peut occuper diverses fonctions dommageables à son épanouissement. Plusieurs cas de figure l'illustrent aisément. Le jeune sujet peut servir de surface de projection des angoisses, des frustrations des adultes. Il peut aussi exister par procuration, par délégation, quand il doit réaliser les idéaux des parents, devenir la fierté de ceux-ci, être leur prolongement, réussir là où ces derniers ont peut-être échoué. Le hiatus est parfois bien large entre l'enfant idéal, idéalisé, et l'enfant réel avec ses manques et ses faiblesses. Ainsi, l'enfant n'est pas toujours respecté dans sa subjectivité propre. Les nombreuses situations de conflits familiaux, de séparations longues et douloureuses, plongent souvent l'enfant au cœur de rivalités complexes lorsqu'il devient l'enjeu de tiraillements affectifs, non sans connaître la menace de l'aliénation. Il perd alors sa capacité d'analyse objective, ses repères personnels étant profondément troublés, le jeune sujet abandonnant la position naturelle d'équipartialité à l'égard des deux parents. Sous les pressions, il opte pour une cause parentale au détriment de l'autre, ceci dans la recherche du soulagement ou par opportunité. Dans d'autres circonstances, l'enfant peut occuper une fonction de « médicament », absorbé qu'il est dans un processus d'adultification, et en l'occurrence de parentification. Il est alors propulsé dans une hypermaturité bousculant les rythmes et la temporalité de son développement.

Dans un autre registre et dans la suite de ce qui vient d'être esquissé, les divers symptômes présentés par le jeune individu peuvent traduire l'expression de la souffrance de l'adulte ; l'enfant est enclin à s'approprier la détresse morale du parent, à l'entretenir, voire à amplifier sa propre symptomatologie. Si l'enfant est aujourd'hui reconnu dans sa parole, une menace pèse sur celle-ci étant donné qu'il devrait parfois « détenir la vérité » devant les autorités judiciaires. Entendu par celles-ci, n'assume-t-il

pas souvent la décision, dans nombre de situations, du lieu, du cadre de vie et d'hébergement ? Certes, on lui rappelle que, si son avis est sollicité, il n'est pas décisionnel... mais dans les faits, concrètement, n'en est-il point autrement ? La question nous semble encore plus épineuse sur le plan pénal quand la perspective de l'incarcération d'un proche, et ses retombées dommageables, est à l'avant-plan et que les magistrats attendent fébrilement son énonciation. Enfin, l'enfant peut occuper, comme l'indique la fréquence de ces motifs de consultation en pédopsychiatrie générale, une place de toute-puissance, se vivant et étant vécue comme celle d'un enfant roi avant d'être un enfant tyran. Ces situations se rencontrent quand le parent n'a pu assumer son rôle d'« agent de frustration » à l'égard de l'enfant, et ce, dès le plus jeune âge, l'adulte précédant systématiquement son mouvement et son désir. À la suite d'Eliacheff, nous remarquons alors que l'enfant roi court le grand risque de devenir victime (Eliacheff, 1997).

Quels sont alors les besoins élémentaires de l'enfant ? Présentons-les schématiquement sous quatre volets. Les besoins premiers, ou primaires, concernent l'intégrité physique de l'enfant et se traduisent par le respect de son alimentation, de ses soins corporels, de sa protection. Le deuxième touche la sphère de la sécurité tant matérielle qu'affective, se marquant, entre autres, par la stabilité, la régularité, la cohérence des attitudes à l'égard de l'enfant et de son cadre de vie. Le volet suivant porte sur les nécessaires limites données au jeune sujet. Celui-ci doit en effet rencontrer des adultes qui, de manière ferme et chaleureuse à la fois, tracent et énoncent une ligne de démarcation contenant desirs et pulsions. Enfin, l'enfant vit le besoin d'être reconnu comme personne aimable par le fait d'être écouté, valorisé, encouragé, ceci afin de pouvoir à terme se réaliser, trouver sa place et s'estimer. L'ensemble de ces divers besoins prend place dans un contexte relationnel singulier tissé par la qualité de l'attachement entre l'enfant et les parents, quand ceux-ci assument de se concevoir comme « suffisamment bons », « bons mais pas trop » (Winnicott, 1975). Les parents participent à l'éducation de l'enfant ; « éduquer » est à comprendre comme une action à répéter inlassablement, c'est-à-dire un mouvement constructif adressé à l'enfant, à quelque niveau que ce soit, dans l'idée de progresser sans cesse vers un idéal à atteindre, mais qui recule

à mesure qu'on avance vers lui. Ce constat fait référence au fait que le parent doit assumer cette part de frustration et d'insatisfaction, pouvant ainsi assumer son rôle, sa responsabilité, en accordant à l'enfant sa part active.

Comment définir la maltraitance ? De multiples définitions existent sans qu'aucune n'obtienne un consensus franc. L'article 19 de la Convention internationale des droits de l'enfant de 1989 comprend : « toute forme de violence, d'atteinte ou de brutalité physique ou mentale, d'abandon, de négligence, de mauvais traitements ou d'exploitation, y compris la violence sexuelle. » La Fédération des équipes SOS enfants de Belgique précise que : « la maltraitance concerne chaque lésion physique ou atteinte mentale, chaque sévice sexuel ou chaque cas de négligence d'un enfant qui n'est pas de nature accidentelle, mais due à l'action ou à l'inaction des parents ou de toute personne exerçant une responsabilité sur l'enfant ou encore d'un tiers, pouvant entraîner des dommages de santé tant physique que psychique. » Ainsi, est maltraitant tout comportement qui ne tient pas compte de la satisfaction des besoins d'un enfant et constitue par le fait même une entrave importante à son épanouissement. Une attitude maltraitante peut être intentionnelle ou le résultat de la négligence, ou de défaillances sociales. On peut estimer que la maltraitance recouvre différentes significations et comprend des registres sémantiques très variés (Browne, Finkelhor, 1986 ; Haesevoets, 2003). En parcourant la littérature scientifique ou non sur le thème, on lit entre autres : « enfant martyr, battu, en danger de mort ou placé en situation de danger, négligence grave par omission, famille à risque, bébé secoué, cas extrême, torture et enfermement, violence institutionnelle, enfant esclave vendu ou à vendre, abandon, infanticide, enfant des rues, pédophilie, prostitution et pornographie infantile, éducation rigide, perversion des relations entre enfants et adultes, abus de pouvoir, agression sexuelle, traumatisme, chosification chronique de l'enfant... » (Haesevoets, 2003, p. 22).

La maltraitance peut donc être de nature physique, sexuelle ou psychologique, s'exerçant dans le cercle familial ou extrafamilial. Dans de nombreux pays, malgré des campagnes de sensibilisation, de prévention, le sujet reste tabou et le problème nié. Toujours et partout, la question génère un malaise général. La maltraitance représente un autre vocable

pour définir la violence. Rappelons que celle-ci (en latin : *vis*) désigne la force en action, la puissance, l'énergie ou encore l'ascendant sur l'autre. Le terme désigne à la fois une manière d'être, une action, la valeur qui s'y rattache, ainsi que les dommages causés à autrui ; en fait, la violence se caractérise plus qu'elle ne se définit. Si on associe habituellement la violence à un délit, rappelons que dans des conditions et des normes clairement définies, la loi autorise certains actes violents, comme le maintien de l'ordre, le sport ou encore la chirurgie. Il y a lieu de toujours qualifier la violence en fonction de cadres institutionnel, juridique, culturel et personnel. À la suite de Golse, nous distinguons la violence de la haine et de l'agressivité (Golse, 2010). La violence peut être comprise comme une force pulsionnelle au service du vivant, nécessaire au développement de l'individu, de son psychisme et de ses potentialités. La civilisation, la culture socialisent cette pulsion en lui permettant de s'exprimer dans des formes constructives, apportant des satisfactions par une activité mentale élaborée ; on parle alors de sublimation. Elle est donc liée au narcissisme primaire et, dans ce sens, elle est naturelle, innée, fondamentale et fondatrice, optant par essence pour la vie. Précisons encore que la violence est préobjectale, préœdipienne, préambivalente car précédant la naissance même de l'objet dans le psychisme de l'enfant, ainsi que l'instauration de la problématique œdipienne et l'avènement de l'ambivalence. Bergeret a développé le concept de « violence fondamentale » qui traduit le besoin primitif de toute-puissance sous peine d'angoisse de mort. La violence qui ne vise pas un objet particulier traduit l'affirmation de soi sans intrication pulsionnelle avec les mouvements sexuels d'amour et de haine. Plus objectale que narcissique, cette dernière vise un objet plus ou moins différencié. On évoque la haine primitive qui présente une forte valence narcissique (par exemple, haïr une partie de soi) et la haine objectale qui est proche de la notion d'agressivité. Celle-ci définit la version la plus agie de la haine, dont la valence est la plus adressée à l'objet. L'agressivité, « marcher vers » (en latin : *ad gradere*), qualifie la tendance à attaquer un objet plus ou moins bien identifié. L'acte agressif est fondamentalement sexualisé et relationnel générant habituellement de la culpabilité car nécessairement ambivalent ; sa finalité concerne la destruction de l'autre, le tiers rival.

Les techniques en neuro-imagerie, s'appuyant sur les apports des neurosciences, permettent de localiser ces forces au niveau cérébral ; ainsi la stimulation de l'hypothalamus augmenterait la réponse agressive alors que, si le cortex frontal est stimulé, l'agressivité semble diminuée.

Pour clore ces quelques considérations, évoquons un aspect épidémiologique. De diverses études, essentiellement réalisées sur une population d'Amérique du Nord, on constate que 27 % des femmes et 16 % des hommes ont déclaré avoir été victimes de sévices sexuels avant l'âge de 18 ans (Badgley, 1984 ; Finkelhor, 1994 ; Dube, 2005 ; Finkelhor *et al.*, 2007). L'âge moyen de l'agression sexuelle était d'environ neuf ans et demi. 1 % des agresseurs est de sexe féminin. Soulignons encore que moins de 28 % des femmes et moins de 10 % des hommes ayant vécu une agression sexuelle ont demandé de l'aide. La prudence s'impose évidemment à la lecture de ces données (Manciaux, Gabel, 1993). Toutefois, quand on sait par ailleurs que nombre de tableaux psychopathologiques présentés à l'âge adulte ont pour étiopathogénie des liens inadéquats vécus durant l'enfance, il y a lieu de se pencher sur l'ampleur de la problématique en veillant, d'une part, à s'assurer d'une prise en charge valable de ces situations et, d'autre part, à continuer à sensibiliser nos sociétés sur le statut de l'enfant, le respect de sa personne et de ses besoins (Wright *et al.*, 1998 ; Frothingham *et al.*, 2000).

Clinique de la maltraitance sexuelle sur l'enfant

Envisageons les impacts de l'abus sexuel sur l'enfant concerné en précisant d'emblée que tout abus sexuel n'engendre pas nécessairement de perturbation visible, à court ou à long terme (Briere, Elliott, 2003). Certaines victimes développent une capacité à « cicatriser » par elles-mêmes, en mobilisant leurs propres potentialités résilientes, et/ou en s'appuyant sur les ressources du réseau socio-familial.

En général, toute maltraitance provoque à tout le moins de l'angoisse. Aujourd'hui, on évoque également la notion de stress (Hillberg *et al.*, 2011). Abordons celle-ci pour illustrer les impacts sur le plan biologique (Odebrecht *et al.*, 2010). Si le stress constitue une réaction de survie pour échapper au danger, il peut occasionner, dans certaines

circonstances, des dommages irréversibles sur l'organisme humain. Ainsi, une sécrétion importante de cortisol dès la vingtième semaine de vie *in utero* a des répercussions sur le tout jeune enfant qui développera une réactivité ultérieure au stress augmentée. Depuis plusieurs années, on met en évidence la notion de « stress toxique précoce » (ou « stress psychosocial chronique ») se traduisant par des conséquences objectivables, comme la diminution de la taille du cerveau, et par des retombées observables, telle l'hyperactivité à tout stimulus stressant. En situation de stress chronique, les principales hormones sécrétées que sont le cortisol et l'adrénaline portent préférentiellement atteinte à l'hippocampe, au cortex préfrontal médian et au noyau amygdalien. Ces zones sont, semble-t-il, capitales pour différentes fonctions comme la mémorisation dans les apprentissages, l'intégration des émotions, les comportements d'attachement, la mémoire affective. Sur le plan clinique, le stress chronique génère chez le sujet une impossibilité à tolérer la frustration et à contenir l'agressivité. Dès lors, sans même avoir accès au vécu de la victime d'abus, on constate qu'un stress intervenu précocement dans la vie du sujet entraîne des développements psychopathologiques ultérieurs (McCrory *et al.*, 2010). La maltraitance durant l'enfance modifie également la régulation des gènes impliqués dans la gestion du stress. Des inadéquations à l'égard du jeune sujet engendrent une dérégulation du gène récepteur des glucocorticoïdes observée dans les cellules sanguines. Cette découverte confirme que les mécanismes de régulation des gènes sont modifiés en fonction du contexte, ce qui appuie l'importance de la notion d'épigénétique (Delima et Vimpani, 2011).

Quand ils sont présents, quels sont les signes cliniques observés ? Regroupons-les de manière schématique sur plusieurs plans.

L'expérience indique que l'abus sexuel n'est pas fréquemment découvert par des blessures ou des signes corporels ; l'examen physique est peu contributif au diagnostic de maltraitance sexuelle intra-familiale. On pourrait logiquement en déduire que les conséquences au niveau du corps sont limitées. Mais la réalité n'est pas aussi simple. Notre attention doit être en alerte devant, par exemple, un hématome de l'abdomen ou sur les zones périgénitales, des douleurs dans les régions génitales, des

saignements, une douleur à la miction, une dilatation de l'urètre, de l'anus ou du vagin, la présence de corps étrangers dans ces mêmes endroits, des infections urinaires, la présence d'une maladie sexuellement transmissible... Il y a lieu également de s'interroger devant la grossesse d'une adolescente qui la cache ou qui est évasive quant à la paternité. L'examen pédiatrique, centrés sur la mise en évidence d'éventuelles lésions, veille aussi à réhumaniser le corps traumatisé. L'enfant maltraité est un sujet dont il faut prendre en compte le corps quand celui-ci est blessé et agressé. Il y a lieu de se préoccuper de cette enveloppe que l'enfant investit avec plus ou moins de facilité, plus ou moins d'inquiétudes. Le clinicien doit pouvoir entendre la manière dont le jeune sujet se situe par rapport à ce corps, s'il « se sent mal dans sa peau »... Les interrogations sur ce plan sont encore plus importantes quand il est malmené, maltraité et que l'enfant redoute ce corps, ne l'investit plus, en a peur, ou craint pour son avenir. Combien d'enfants en consultation n'osent (se) questionner ou sont traversés par des doutes à peine dicibles sur les retentissements d'une agression physique et/ou sexuelle ? Parler de ce corps représente en soi un élément certes précieux, incontournable mais insuffisant. Il y a donc lieu de rencontrer l'enfant au niveau de son corps, de lui permettre de mieux le comprendre, de l'accepter davantage tel qu'il est, et de participer à sa « réparation » le cas échéant. La consultation pédiatrique constitue le lieu privilégié pour ce déploiement.

Avec le temps, de nombreuses victimes vont développer tout un cortège de troubles psychosomatiques. Il n'est guère aisé, lors de la phase de diagnostics différentiels, d'appréhender ce qui sous-tend le symptôme mis à l'avant-plan (Ogloff *et al.*, 2012). Plus la maltraitance demeure occultée par le secret ou la loi du silence, plus le risque est grand de son expression à travers le « corps malade ». Devant l'énurésie ou l'encoprésie, les céphalées récidivantes, les douleurs abdominales diffuses, la conversion hystérique, les troubles du sommeil récurrents, les troubles de la conduite alimentaire (TCA), entre autres l'anorexie et la boulimie, tout clinicien est invité à envisager l'hypothèse d'une maltraitance. La liste des symptômes est loin d'être exhaustive. Ceci étant souligné, soyons attentif à ne pas lire tout trouble psychosomatique sous cet

angle unique. Ici aussi, la co-intervention entre le regard du clinicien somaticien et celui de l'intervenant de la sphère psychique gagne en pertinence et en bénéfices.

On peut également observer des comportements problématiques contrastés en relation avec l'expérience prématurée de stimulation sexuelle. Celle-ci, traumatique par essence, bouleverse *de facto* les repères internes de l'enfant ainsi que le processus développemental de la sexualité (Fergusson *et al.* 2008 ; Schraufnagel *et al.*, 2010). Confronté au désir inadéquat de l'autre, non respecté dans sa temporalité, l'enfant victime est plongé dans une distorsion cognitive et affective. Perdu, davantage encore s'il ne reçoit pas un accompagnement adapté, il peut adopter certains comportements qui interpellent, par exemple, les responsables de la structure scolaire. Il peut ainsi s'agir de provocations sexuelles, d'une recherche active de contacts sexuels, de conduites inadaptées ou exagérées de voyeurisme et d'exhibitionnisme pouvant aller jusqu'à l'exploration ou l'agression sexuelle d'un autre enfant. L'enfant agressé peut érotiser le contact social quand il enlace ou embrasse bizarrement un adulte qu'il ne connaît pas ou qu'il se colle aux gens, se frotte ou se tient très près des personnes, dérangeant ou indisposant les autres par un étalage public de son affection. Le comportement de séduction généralisé est un signe évocateur dont il faut tenir compte. Par ailleurs, on peut également remarquer une masturbation excessive à domicile ou à l'extérieur, parfois en public, ou encore l'introduction d'objets dans le vagin ou l'anus, l'imitation de comportements sexuels avec des poupées ou des peluches, ou un intérêt pour les parties génitales d'un animal. Ces divers signes cliniques se rencontrent comme révélateurs de l'abus et comme témoins des désordres psychopathologiques occasionnés par celui-ci.

Il est rare que l'enfant victime de maltraitance sorte totalement indemne de la relation inadéquate à son égard sur le plan psychologique (Priebe *et al.*, 2008 ; Whitaker *et al.*, 2008). Le traumatisme est fréquent, prenant divers accents. Reprenons succinctement les perturbations d'ordre psychologique au sens large recensées dans les travaux portant sur les conséquences de l'abus sexuel. Il est évident que les plans précédents traduisent et impliquent

celles-ci. Au niveau affectif, l'angoisse se retrouve dans ses différentes expressions, accompagnant ou non un état dépressif patent ou masqué. Celui-ci est de nature diversifiée, touchant par exemple le système respiratoire, digestif ou encore se marquant par des conduites addictives, des comportements à risque (rapports sexuels multiples et non protégés...) (Cutajar *et al.*, 2010). Il est aussi habituel de rencontrer chez les victimes de l'inhibition, de la tristesse, un manque de confiance en soi et en autrui, une distorsion de la perception de soi, de l'autodépréciation, une perte d'estime de soi, de l'isolement par rapport aux sujets du même âge, de la solitude ou encore des conduites d'évitement. On note également des troubles du caractère, de l'aliénation, une perte du jugement moral et des repères sociaux, de l'agitation, de l'agressivité, des *acting out* violents, une labilité de l'humeur, des confusions des sentiments, une victimisation (Hussey *et al.*, 2006 ; Dorahy et Clearwater, 2012). Cette énumération non exhaustive montre combien les impacts psychologiques de l'abus sexuel sont multiples et participent à l'étiopathogénie de nombre de souffrances en santé mentale. Les mécanismes de défense psychique sont essentiellement représentés par le déni et le clivage. L'identification à l'agresseur se remarque lorsque l'enfant reproduit les modes d'expression violents qu'il a vécus dans et à l'extérieur de la famille ; il est alors perçu comme dangereux, difficile, « à surveiller ». On note encore le syndrome d'accommodation quand l'enfant fonctionne tel un automate, menacé qu'il est de se construire en « faux-self ». On peut aussi rencontrer chez la jeune victime de la résignation. Sur un autre niveau, on observe des troubles d'apprentissage, marqués par des déficits de la concentration, des pertes de mémoire, des perturbations du raisonnement logico-mathématique. Ceci étant souligné, l'enfant peut investir intensément le domaine cognitif, avec à la clé de hautes performances, dans un mouvement salutaire, salvateur, en partie inconscient. Rappelons alors que l'apparition d'un trouble et son évolution dépendent d'une part de facteurs de risques biologiques, psychologiques, familiaux, sociétaux et culturels, qui interagissent en synergie et d'autre part de la période du développement pendant laquelle ces facteurs agissent. En conséquence, les mêmes facteurs peuvent avoir des effets différents selon le moment et la durée de leur action ; par

ailleurs, les aspects de socialisation de l'enfant influencent le fonctionnement de son système nerveux et réciproquement.

Quand on envisage les retentissements de l'agression sexuelle sur l'enfant, il y a lieu d'évoquer la notion de destructivité liée à l'abus. Celle-ci sera, entre autres, d'autant plus grande que l'organisation préalable de la personnalité de l'enfant est problématique et sa capacité de résilience faible, qu'il existe un lien affectif ou d'autorité entre l'auteur et la victime, que la contrainte a été forte, que l'abus a duré longtemps et/ou a été fréquent, que les effractions corporelles ont été nombreuses, que l'abus a eu lieu au domicile de l'enfant, que l'enfant a rencontré silence et indifférence, voire de la réprobation, quand il a révélé l'abus, et enfin, que la prise en charge ultérieure n'a pas été respectueuse de l'enfant entraînant un éventuel état de « victimisation secondaire » (Classen *et al.*, 2005).

Une autre question concerne le risque de transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Il est clair que les expériences relationnelles traumatiques vécues durant l'enfance peuvent entraîner chez l'individu qui devient parent un risque élevé de perturber la capacité parentale et d'adopter des comportements maltraitants envers l'enfant. En parcourant la littérature, on constate que près de la moitié des enfants maltraités vont reproduire à l'âge adulte le cycle de la maltraitance (Trickett *et al.*, 2011 ; Mercier, 2012). Le cycle de la maltraitance surviendrait quand les facteurs de risque sont plus nombreux que les facteurs de protection. On estime que les combinaisons plurielles et variées de facteurs de risque et de protection peuvent donc être impliquées dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Différents paradigmes peuvent éclairer ce phénomène de répétition. La perspective écologique soutient l'idée d'un modèle complexe impliquant les différents niveaux concernés à savoir l'enfant, sa famille, l'entourage et la société. Le concept de traumatisme psychologique complexe a été avancé pour faire état des multiples impacts de la maltraitance vécue durant l'enfance (Cook *et al.*, 2005). Ainsi, lorsque le système d'attachement est perturbé, le fonctionnement psychique de l'enfant, envahi par l'anxiété, développe un attachement insécure de type désorganisé. Il manifeste une vulnérabilité face à la détresse et une difficulté à se

socialiser. Le traumatisme psychologique complexe est habituellement marqué par un trouble dissociatif qui peut être compris comme un mécanisme de défense se manifestant par des comportements automatisés, une fragmentation émotionnelle, une altération d'identité face à la réalité indicible. Des études étayaient l'idée que la dissociation serait en lien avec des expériences traumatiques vécues durant l'enfance (Cohen *et al.*, 2008). Selon la théorie de l'attachement, la dissociation ferait écho à la défaillance des modèles internes opérants (MIO), que constituent les représentations mentales que le sujet a de lui-même, de l'autre, et de lui en relation. Ces MIO, s'étayant sur les expériences avec les figures d'attachement significatives (*caregivers*), représentent des schèmes cognitifs et sont utilisés par l'enfant comme guides internes pour l'exploration du monde extérieur, pour gérer et exprimer les affects, pour interpréter et anticiper les sentiments d'autrui. Chez les enfants victimes de maltraitance, les études montrent que les modèles internes opérants sont perturbés, empreints de représentations négatives de soi, des autres et de soi en relation avec les autres (Narang, Contreras, 2005 ; Widom, 1999). Dans cette perspective, la transmission intergénérationnelle de la maltraitance ne serait pas tant une répétition de la violence subie mais davantage une reproduction de modèles relationnels, lesquels sont intériorisés sous la forme de modèles internes opérants. Les mères maltraitées durant leur enfance auraient intégré des représentations mentales d'insécurité, d'impuissance et d'agressivité orientant leurs émotions et leurs comportements. À côté des facteurs de risque, des éléments permettent d'enrayer le cycle de la transmission intergénérationnelle de la maltraitance. Ces facteurs de protection sont essentiellement représentés par l'existence d'expériences relationnelles positives se manifestant, entre autres, par un lien significatif durant l'enfance et l'adolescence avec l'un ou l'autre adulte. En soi, le facteur de protection « mobilisateur » est donc celui qui assure une fonction de tiercéité. Il peut s'agir d'un parent ou d'un membre de la famille élargie, adéquat et soutenant, ou encore d'un professionnel ayant établi un lien de confiance. Les interventions thérapeutiques peuvent à la fois s'inscrire dans le réel, le quotidien de la victime ou dans le travail des affects liés aux faits. L'engagement dans le réseau social constitue un aspect d'étayage non négligeable. L'expérience thérapeutique positive

ainsi que les relations interpersonnelles significatives ont des effets constructifs et favorables sur le fonctionnement parental de l'ancienne victime de maltraitance durant l'enfance. Si la qualité du lien transférentiel – définie, entre autres, par la confiance accordée –, est capitale, il apparaît que la consistance, la cohérence, la constance du cadre de l'intervention est tout aussi nécessaire. En complément et sur la base de la théorie de l'attachement, il y a lieu de considérer que la relation significative devient réellement positive lorsque le potentiel de changement touche les modèles internes opérants. La perspective thérapeutique vise à amener l'individu à ne pas reproduire les patterns relationnels dysfonctionnels maltraitants vécus durant l'enfance, en travaillant sur les modèles internes opérants des victimes de maltraitance (Belsky et, Jaffee, 2006).

Éléments de prise en charge : parler de l'abus sexuel

Sur la base de ce qui précède, il y a de bonnes raisons d'intervenir. Pour construire une intervention de qualité, l'expérience indique qu'il est nécessaire de respecter quelques principes de base. Il y a une utilité de sortir des non-dits et, en conséquence, d'énoncer, de nommer les inadéquations (Bendall *et al.*, 2011 ; Boden *et al.*, 2007). Il s'agit de parler avec clarté, transparence et authenticité sans accuser ni juger, en veillant à se décentrer quelque peu de son système de référence personnelle. Rappelons combien la puissance de nos représentations, et certainement en ce qui concerne la sexualité, peut nous amener à agir maladroitement. Dans cet état d'esprit, la finalité première vise à accompagner c'est-à-dire protéger, évaluer, aider et soigner. Si la démarche semble en soi utile, parler avec l'enfant de l'abus sexuel ne s'improvise pas. Centrons-nous sur cet aspect. D'une manière générale, quel que soit le cadre des rencontres, nous proposons de respecter un canevas qui s'établit sur des temps successifs, susceptible de contribuer à la restauration psychique de la jeune victime. Le premier temps, qui définit la qualité de la suite du processus, consiste à mettre en place une relation de confiance entre l'enfant et le clinicien, et ce dans un cadre d'intervention préalablement défini. Y participent des paramètres subjectifs, intersubjectifs et contextuels.

Les compétences de l'intervenant s'intriquent à ses capacités de pouvoir apprivoiser un enfant légitimement méfiant à l'égard d'un adulte. Comme dans tout lien thérapeutique, le temps est un facteur essentiel ; se précipiter, voire précéder l'enfant dans son élaboration et son énonciation, risque de conduire au blocage. Le deuxième temps vise à appréhender la thématique principale de la rencontre. Ici, il y a lieu de tenir compte d'au moins trois volets qui interagissent entre eux. Le premier concerne les faits dans leur matérialité, c'est-à-dire la réalité vécue alléguée par l'enfant ; le temps diagnostique de l'intervention doit idéalement lever le doute en confirmant ou infirmant l'authenticité des événements relatés. Mais la réalité est souvent toute autre... (Banyard, 2001). Le deuxième volet explore le type de lien entre la jeune victime et l'auteur des faits. Ainsi, par exemple, plus la distance affective entre l'enfant et l'adulte est réduite, plus les conséquences seront désastreuses. L'angoisse et la culpabilité liée au dévoilement et à la crise probable qui lui a succédé envahissent l'enfant. Le troisième volet concerne les éléments contextuels et à l'éventuel comportement agressif dont l'adulte a fait preuve sur l'enfant, que ce soit sous forme de brutalité physique ou de manipulations conduisant à la distorsion cognitive des repères internes. Le troisième temps est consacré à l'évaluation des incidences et de l'acte transgressif et de la parole tenue par l'enfant. En d'autres termes, il s'agit d'appréhender le potentiel de résilience de la victime. Le quatrième temps, qui dépend de l'état de l'enfant, permet d'élargir avec lui le champ des questionnements au-delà de l'acte abusif. Nous y abordons, entre autres, les notions de culpabilité, de loyauté, de colère, de tristesse, en nous laissant confronter à l'inévitable interrogation du « pourquoi et pourquoi moi ? ». Sont également évoqués les aspects généraux de la sexualité et de la socialisation. Enfin, le dernier temps consiste à se projeter dans l'avenir, en donnant l'une ou l'autre perspective, en envisageant les retombées à long terme d'une parole exprimée à un moment précis (Fergusson *et al.*, 2008).

Par définition, ce canevas sert de repère pour mener à bien le processus d'aide et de soin. Aborder avec l'enfant la transgression subie et alléguée demande une attention des différents paramètres. Il ne s'agit donc pas de parler uniquement de sexualité transgressive, mais de considérer l'ensemble d'un contexte singulier qui intègre des individus, leur

personnalité, leur histoire et leurs patterns interactionnels. Comme l'enfant est en position de dépendance et en attente de bienveillance, il sera sensible aux propos de l'adulte. Dans les cas d'inceste et d'abus sexuel commis par un familier, l'enfant est intensément bouleversé étant donné que l'adulte censé le chérir et le protéger a failli à sa fonction première en se muant en prédateur. La rencontre de parole réalisée par un professionnel expérimenté vise à aménager le trauma chez l'enfant. Évoquer les faits eux-mêmes en invitant l'enfant à énoncer ce qu'il souhaite, à partir de ses réminiscences, de ses images mentales ou encore du matériel issu de ses rêves d'angoisse, autorise un apaisement progressif. Tôt ou tard, il va s'interroger sur les raisons qui ont poussé l'auteur des faits à s'en prendre à lui. L'incompréhension tarabuste l'esprit du jeune sujet. Quand bien même nous nous efforçons de replacer les responsabilités à leur juste place, l'enfant ne peut que s'interroger sur sa propre participation, d'autant quand la transgression a été longuement répétée. Son discours traduit alors ses conflits intérieurs. Si l'enfant se voit habituellement soulagé par l'évocation de l'abus sexuel dans un lieu professionnel, il constate avec tristesse les conséquences du dévoilement dont il a été l'acteur principal. Nombre d'enfants regrettent et souhaitent même se rétracter, « reprendre leur parole » pour tenter, par pensée magique, de tout effacer, tout oublier... Ici encore, il n'est guère aisé d'aider l'enfant à comprendre que le dévoilement est une étape dans un long processus, une étape libératrice qui passe de manière presque incontournable par un mal-être profond. Parler de l'abus sexuel avec un enfant dans un cadre thérapeutique ne signifie pas entendre un jeune sujet dans une logique judiciaire de recueil de preuves. Le clinicien est invité à écouter l'enfant en le soutenant dans son énonciation, à l'accompagner dans le processus d'historisation à partir de son récit.

Conclusion

L'évolution d'un vécu de maltraitance sexuelle dépend d'une multitude d'éléments. Sans disposer de chiffres, on peut estimer qu'un certain nombre d'enfants victimes vont « cicatiser » et présenter un fonctionnement psychique, relationnel, globalement normal, du moins tant qu'ils ne sont pas confrontés à nouveau à une situation similaire. Quant aux

autres, ils vont manifester une symptomatologie plus ou moins dommageable à leur développement. On parlera ainsi de traumatisation ou d'aliénation. La notion de PTSD (*Post Traumatic Stress Disorder*) fait état des répercussions traumatiques sur l'enfant à court ou à long terme (Ullman *et al.*, 2009).

Quoi qu'il en soit, l'abus sexuel, certainement quand il n'est pas dévoilé, même après l'arrêt des faits, poursuit habituellement son œuvre en rongant le psychisme de la victime; il hante ses pensées, alimente l'angoisse, atteint son identité et l'isole.

Parler de la sexualité avec l'enfant victime demande de la part du professionnel une assurance

dans ses capacités à entendre les phénomènes transgressifs, une sérénité dans les représentations véhiculées sur ce thème, et une capacité, certainement quand il s'agit d'un enfant, à respecter la subjectivité de l'autre, à soutenir son énonciation, à, le cas échéant, le précéder un tant soit peu sans jamais forcer, en tenant compte de son rythme et de ses hésitations. Par ailleurs, ne comblons pas les silences en y apposant nos propres projections auxquelles, d'ailleurs, certains enfants se rallieront. Soyons enfin conscients que parler de l'abus sexuel avec l'enfant n'est pas toujours envisageable et comporte des risques.

Abstract Child abuse is a concern for professionals working with children, whatever their discipline, *individuals*, families, and society in general. On the basis of five clinical cases that illustrate the problems and demonstrate the difficulty of considering interventions, this article initially develops considerations on the current status of the child. While children's rights are now recognized in numerous states, many risks threaten their integrity and subjectivity. The author then addresses the clinical effects of sexual abuse, presenting the different symptomatic fields concerned and discussing the issue of transgenerational repetition. Lastly, he proposes a framework of talking therapies centered on this form of abuse.

Bibliographie

- Badgley (1984). Infractions d'ordre sexuel contre des enfants au Canada. *Rapport du Comité sur les infractions sexuelles à l'égard des enfants et des jeunes, Approvisionnements et Services*. Canada – Ottawa.
- Banyard, V. L., Williams, L. M. et Siegel, J. A. (2001). The Long-Term Health Consequences of Child Sexual Abuse: An Exploratory Study of the Impact of Multiple Traumas in a Sample of Women. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4): 697-715.
- Belsky, J., Jaffee, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In: Cicchetti, D., Cohen, D. J. (éd.). *Developmental Psychopathology*, vol. 3: Risk, disorder, and adaptation, 2^e éd, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, p. 38-85.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulberth, C. A. et McGorry, P. D. (2011). Childhood Trauma and Psychosis: An Overview of the Evidence and Directions for Clinical Interventions. *Family Matters*, 89: 53-60.
- Boden, J. M., Horwodd, L. J. et Fergusson, D. M. (2007). Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Subsequent Educational Achievement Outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 31(10): 1101-1114.
- Briere, J. et Elliott, D. M. (2003). Prevalence and Psychological Sequelae of Self-Reported Childhood Physical and Sexual Abuse in a General Population Sample of Men and Women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10): 1205-1222.
- Browne, A. et Finkelhor, D. (1986). Impact of Child Sexual Abuse: A Review of the Research. *Psychological Bulletin*, 99(1): 66-77.
- Classen, C. C., Palesh, O. G. et Aggarwala, R. (2005). Sexual revictimization: A Review of the Empirical Literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2): 102-129.
- Cohen, L. R., Hien, D. A. et Batchelder, S., (2008). The Impact of Cumulative Maternal Trauma and Diagnosis on Parenting Behavior. *Child Maltreatment*, 13(1): 27-38.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., Derosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Olafson E., Van der Kolk, B., (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*, 35: 390-398.
- Cutajar, M. C., Mullen P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L. et Spataro, J. (2010). Suicide and Fatal Drug Overdose in Child Sexual Abuse Victims: A Historical Cohort Study. *Medical Journal of Australia*, 192(4): 184-187.
- Delima, J. et Vimpani, G. (2011). The Neurobiological Effects of Childhood Maltreatment: An often Overlooked Narrative Related to the Long-Term Effects of Early Childhood Trauma? *Family Matters*, 89: 42-57.
- Delion, P. (2010). *La Consultation avec l'enfant. Approche psychopathologique du bébé à l'adolescent*, Masson, coll. «Les âges de la vie».
- Dorahy, M. J. et Clearwater, K. (2012). Shame and Guilt in Men Exposed to Childhood Sexual Abuse: A Qualitative Investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21(2): 155-175.
- Dube, S., Anda, R., Whitefield, C., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M. et Giles, W. H. (2005). Long-Term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5): 430-438.
- Eliacheff, C. (1997). *Vies privées. De l'enfant roi à l'enfant victime*, Odile Jacob.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. et Horwood, L. J. (2008). Exposure to Childhood Sexual and Physical Abuse and Adjustment in Early Adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32: 607-619.

- Finkelhor, D. (1994). Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2): 31-53.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. et Turner, H. A. (2007). Poly-Victimization: A Neglected Component in Child Victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1): 7-26.
- Frothingham, T. E., Hobbs, C. J., Wynne, J. M., Yee, L., Goyal, A. et Wadesworth, D. J. (2000). Follow up Study Eight Years after Diagnosis of Sexual Abuse. *Archives of Disease in Childhood*, 83(2): 132-134.
- Golse, B. (2010). *Les Destins du développement chez l'enfant*. Toulouse, Érès, coll. «La vie de l'enfant».
- Haesevoets, Y.-H. (2003). *Regard pluriel sur la maltraitance des enfants*, Bruxelles, Kluwer.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C. et Dixon, L. (2011). Review of Meta-Analyses on the Association between Child Sexual Abuse and Adult Mental Health Difficulties: a Systematic Approach. *Trauma Violence & Abuse*, 12(1): 38-49.
- Houzel, D. (1999). *Les Enjeux de la parentalité*, Toulouse, Érès.
- Hussey, J. M., Chang, J. J. et Kotch, J. B. (2006). Child Maltreatment in the United States: Prevalence, Risk Factors, and Adolescent Health Consequences. *Pediatrics*, 118(3): 933-942.
- Manciaux, M., et Gabel, M. (1993). Essai de définition – intérêts et limites de l'épidémiologie», In: Strauss, P. et Manciaux, M., *L'Enfant maltraité*, Paris, Fleurus Psycho-Pédagogique, p. 135-161.
- McCrory, E., De Brito, S. A. et Viding, E. (2010). Research Review: The Neurobiology and Genetics of Maltreatment and Adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10): 1079-1095.
- Mercier, G. (juin 2012). Rôle du traumatisme psychologique complexe dans la transmission intergénérationnelle de la maltraitance et dans la qualité de la relation mère-enfant – Université du Québec (Trois-Rivières), doctorat en psychologie (D. Ps.).
- Narang, D. S., Contreras, J. M. (2005). The Relationships of Dissociation and Affective Family Environment with the Intergenerational Cycle of Child Abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29: 683-699.
- Odebrecht, S., Nunes, V., Watanabe, M. A. E., Morimoto, H. K., Moriya, R. et Reiche, E. M. V. (2010). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Activation of Immunological and Neuroendocrine Response. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6): 440-445.
- Ogloff, J. R. P., Cutajar, M. C., Mann, E. et Mullen, P. (2012). Child Sexual Abuse and Subsequent Offending and Victimization: A 45 Year Follow-Up Study. *Trends & Issues in Crime & Criminal Justice*, no. 440, Canberra: Australian Institute of Criminology.
- Priere, G. et Svedin, C. G. (2008). Child Sexual Abuse is Largely Hidden from the Adult Society: An Epidemiological Study of Adolescents' Disclosures. *Child Abuse & Neglect*, 32(12): 1095-1108.
- Schraufnagel, T. J., Davis, K. C., George, W. H. et Norris, J. (2010). Childhood sexual Abuse in Males and Subsequent Risky Sexual Behaviour: A Potential Alcohol-Use Pathway. *Child Abuse & Neglect*, 34(5): 369-378.
- Trickett, P. K., Noll, J. G. et Putnam, F. W. (2011). The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study. *Development and Psychopathology*, 23(2): 453-476.
- Ullman, S. E., Najdowski, C. J. et Filipas, H. H. (2009). Child Sexual Abuse, Post-Traumatic Stress Disorder, and Substance Use: Predictors of Revictimization in Adult Sexual Assault Survivors. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18(4): 367-385.
- Whitaker, D. J., Le, B., Hanson, R. K., Baker, C. K., McMahon, P., Ryan, G., Klein, A. et Rice, D. H. (2008). Risk Factors for the Perpetration of Child Sexual Abuse: A Review and Meta-Analysis. *Child Abuse & Neglect*, 32(5): 529-548.
- Widom, C. S., (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 156: 223-229.
- Winnicott, D. (2004). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Gallimard, 1975 (*Playing and Reality*, 1971), réédité en folio.
- Wright, J., Friedrich, W., Cyr, M., Theriault, C., Perron, A., Lussier, Y. et Sabourin, S. (1998). The Evaluation of Franco-Quebec Victims of Child Abuse and their Mothers: The Implementation of a Standard Assessment Protocol. *Child Abuse and Neglect*, 22: 9-23.

Correspondance
Emmanuel de Becker
10/Bte, avenue Hippocrate
2090 B-1200 Bruxelles
emmanuel.debecker@uclouvain.be