



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Vingt ans après ?

The child victim of sexual abuse and his family: Evaluation and treatment. Twenty years later?

Emmanuel de Becker

Cliniques universitaires Saint-Luc, université catholique de Louvain, 10, avenue Hippocrate 1200 Bruxelles, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 septembre 2016

Accepté le 1^{er} décembre 2016

Mots clés :

Abus sexuel

Maltraitance

Multidisciplinarité

Perversion

Réseau

RÉSUMÉ

La maltraitance sexuelle sur enfant demeure une problématique complexe concernant les volets individuels, familiaux, collectifs et sociétaux. Les chiffres de l'OMS sont éloquentes et montrent combien l'abus sexuel de l'enfant existe encore et toujours. Rappelons combien celui-ci constitue un maillon vulnérable de la société susceptible de servir de surface de projections, d'objet de décharges pulsionnelles quand l'adulte éprouve mal-être, frustration et besoin de jouissance immédiate. Quelle que soit la nature de la maltraitance, qu'elle soit physique, sexuelle, psychologique ou qu'elle recouvre les diverses formes de négligence, l'enfant demeure à haut risque de connaître les multiples retombées du traumatisme. Selon les pays, la révélation d'abus portée par l'enfant ou par un tiers sera soit « judiciarisée » soit orientée vers le secteur médico-psychosocial. En 1997, notre ouvrage proposait repères et réflexions sur les aspects d'évaluation et du traitement de l'enfant victime d'abus sexuel et de sa famille. Nous avons estimé opportun, vingt ans après, de réaliser une actualisation des aspects développés en s'appuyant sur quatre axes réflexifs. La finalité consiste à montrer les évolutions de la pratique au regard des transformations intervenues sur bien des aspects et points d'attention que comprend la prise en charge des situations de maltraitance.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – Sexual ill-treatment on child remains a complex problem concerning the individual, family, collective and societal levels. In echo, its understanding then its coverage ask for a consideration of the medical, social, psychological and legal levels of every situation. According to countries, the revelation of abuse carried by the child or by the third party will be either « sent to Justice » or directed to the medico-psychosocial sector. In the light of the epidemiological data collected by the WHO, prevalence of the situations of sexual ill-treatment on child remains very important and in spite of the numerous prevention campaigns, awareness-raising and multiple training programs. In 1997, our work proposed marks and reflections on the aspects of evaluation and the treatment of the child, who is a victim of sexual abuse, and his family. We considered convenient, twenty years later, to realize an updating of the developed aspects by leaving a clinical label which, without being paradigmatic, illustrate the topic.

Methods. – Since “the Dutroux affair” which shook Belgium and bordering countries in 1996, awareness campaigns, trainings intended for the professionals in the sectors of help and care but also of the legal system were born. Techniques and tools were developed to meet the child in his first interest. However, in twenty years, the number of descriptions reaching the specialized teams “SOS-Enfants” did not stop growing. Sexual ill-treatment to the child exists again and again. Let us call back how much this one constitutes a vulnerable link of the society susceptible to serve as surface of projections, as object of impulsive discharges when the adult experiences ill-being, frustration and need for immediate

Keywords:

Sexual abuse

Ill-treatment

Multidisciplinarity

Perversion

Network

Adresse e-mail : emmanuel.debecker@uclouvain.be

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2016.12.010>

0003-4487/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

enjoyment. Whatever the nature of the ill-treatment, whether it is physical, sexual, psychological or in terms of diverse forms of carelessness, the child is left to high risk of enduring multiple effects from the trauma. Without being exhaustive, in the light of the clinical label, the discussion will concern four reflexive axes summarized in the work of 1997. The purpose consists in showing the evolutions of the practice with regard to the transformations intervened on many aspects and points of attention which includes the coverage of the situations of ill-treatment.

Results. – Societies, families, individuals: today ever, sexuality in its diverse declensions occupies the media ground, representing a gigantic market share echoing the mentalities centered on the body and its image. These aspects are interlinked in the incredible advances of the technologies of communication and information, in their dimensions of ease, accessibility and speed. More than ever, the modern man is snatched in a spiral compound of impulsiveness and immediacy. The psychic construction is dependent on the environment just like this one is influenced by the actions and the language of the man. As our communities modify their way of being, as the individual transforms gradually his vision of the world, patterns of interactions and mechanisms of defense. Echoes on the personalities met on the ground emerge from it logically.

Evaluation. – The situations of sexual ill-treatment are complex to dread so much there is good reason considering the speeches, behavior and interactions. The proposed model 20 years ago, which remains relevant, leans on two essential principles. The first one corresponds to the multidisciplinary and, in corollary, in the co-intervention and in the corporatism. For 30 years, the crossed looks of the various disciplines allow to build the evaluation of the possible materiality of the facts of ill-treatment and their impacts on the young victim and his circle of acquaintances. The second principle includes the methodological aspects of the process given that several diagnostic fields are concerned, each referring to adapted specific tools. Let us browse briefly these by recovering how much the acquired experience during these years showed the relevance of a “flexible and flexible systematization” in the process of investigation. The frame of the care: in twenty years, the landscape of the authorities and the structures potentially involved in the situations of sexual abuse has become complicated. Concomitantly, the professionals noticed a clogging of the general system of help and care so much that the demands exceed the offers in view of the evolution of the individual, family and societal problems. The treatment: it will depend not only on facts of ill-treatment themselves but the traumatic impact on the concerned child and its circle of acquaintances. In this connection, we are confronted with a diversity of demonstrations ranging from an absence of any symptomatology translating an impact strength of the young victim to the appearance of destructive conducts to oneself and/or to others that can lead to the suicide attempt. To remain coherent in the care, there is good reason to know the indications, the limits of every reserved approach by watching the principle of collective complementarity. It is certainly here about a point of evolution with regard to our reflections of 1997, showing all the interest to mobilize the various therapeutic currents to be connected around the child and around his circle of acquaintances.

Conclusions. – In order to avoid the effects from a social and economic exposure in the public domain as well as the phenomena of stigmatization, Belgium opted for the possibility and not the obligation to call out to the legal system, by setting up multidisciplinary teams reckoned to estimate and handle the situations of ill-treatment on children. Although it is there, we advocate an individual consideration on the basis of a multidisciplinary reflection and within the framework of a work of network.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

La maltraitance sexuelle sur enfant demeure une problématique complexe concernant les volets individuels, familiaux, collectifs et sociétaux. En écho, sa compréhension puis sa prise en charge demandent une considération des niveaux médical, social, psychologique et juridique de chaque situation [14]. Selon les pays, la révélation d'abus portée par l'enfant ou par un tiers sera soit « judiciarisée » soit orientée vers le secteur médico-psychosocial. À la lumière des données épidémiologiques recueillies par l'OMS, la prévalence des situations de maltraitance sexuelle sur enfant reste très importante et ce malgré les nombreuses campagnes de prévention, de sensibilisation et les multiples programmes de formation. En 1997, notre ouvrage proposait repères et réflexions sur les aspects d'évaluation et du traitement de l'enfant victime d'abus sexuel et de sa famille [16]. Nous avons estimé opportun, vingt ans après, de réaliser une actualisation des aspects développés en partant d'une vignette clinique qui, sans être paradigmatique, illustre le propos.

2. Vignette clinique

Laura vient d'avoir 14 ans quand nous la rencontrons à la salle d'urgence de l'hôpital. Accompagnée par ses grands-parents

maternels, chez lesquels elle séjournait le temps d'un week-end, elle confie avoir été victime d'un viol collectif lors d'une promenade en solitaire dans les environs. Les collègues urgentistes demandent notre intervention en tant qu'équipe « SOS-Enfants », spécialisée dans l'évaluation et le traitement des maltraitements à l'égard des enfants. Composée d'assistants sociaux, de psychologues, d'un juriste et de médecins (pédiatre et pédopsychiatre), notre équipe se situe dans un hôpital général. Choquée, quasi mutique, le visage fermé, Laura est hospitalisée le temps de mettre en place un accompagnement médico-psychosocial efficace. Nous rencontrons la jeune seule puis avec ses parents revenus précipitamment de l'étranger. Au cours des premiers jours d'hospitalisation, la jeune montre une agitation anxieuse, une humeur changeante, des troubles du sommeil, demeurant peu perméable aux tentatives de dialogue. Soudés, les parents ne dissimulent guère leur mécontentement à l'égard des grands-parents qui, d'après eux, n'auraient pas assuré une protection suffisante à l'égard de Laura. Les investigations judiciaires se mettent rapidement en place ; l'examen réalisé par un médecin légiste confirme que l'adolescente n'est plus vierge. Ainsi, durant la première phase de prise en charge, l'équipe spécialisée poursuit l'objectif d'un accompagnement d'une situation d'abus sexuel extrafamilial, en assurant une présence bienveillante auprès d'une jeune victime d'un événement traumatique ayant généré une

symptomatologie à l'allure floride. Par ailleurs, nous rencontrons les membres de l'entourage sociofamilial. La fratrie est composée de 4 enfants : un frère aîné de 17 ans, Laura âgée de 14 ans, une sœur de 11 ans et un jeune frère de 8 ans. La famille paraît unie ou du moins donne une image d'un ensemble solidaire, soucieux de « parler d'une seule voix », peu ouverte sur le monde extérieur. Deux semaines après son admission à l'hôpital, Laura nous surprend, demandant à « parler à quelqu'un ». Celle-ci, se rétractant par rapport à l'allégation de viol collectif, confie être abusée par son père depuis son plus âge sans pouvoir préciser le début des faits. Elle précise qu'elle n'a pu, dans un premier temps, s'ouvrir sur cette réalité pénible. Autant nous ne pouvions nous situer quant à la crédibilité du motif d'admission, autant l'adolescente semble authentique et sincère quant aux faits aujourd'hui allégués. Elle ajoute avoir décidé de s'enoncer étant donné qu'elle a surpris son père coinçant sa jeune sœur sur un mur, lui caressant la poitrine. Elle dit ne pas supporter d'assister impuissante à la répétition du processus transgressif paternel. Dans la suite de ces nouvelles révélations, nous rencontrons le père accompagné par la mère. Tête baissée, il reconnaît les faits, se disant à la fois soulagé et coupable de tels actes inadéquats. Sa femme d'abord choquée, lui tiendra ensuite la main, clamant d'une voix forte : « nous nous sommes mariés pour le meilleur et pour le pire ». Les confidences de Laura ne s'accompagnent pas pour autant d'un apaisement de sa symptomatologie. Elle demeure agitée, angoissée, quémandant la présence des infirmières, supportant difficilement la solitude. Une des psychologues de l'équipe qui la rencontre régulièrement vit l'impression qu'il demeure une part de secret. . . Un troisième temps dans les allégations interviendra un mois après l'admission à l'hôpital. Laura parle alors de son frère aîné ; celui-ci la rejoindrait, depuis environ un an, très régulièrement la nuit, la forçant à avoir des rapports sexuels. À l'image du père, le frère aîné reconnaît, non sans culpabilité, avoir pris sa sœur comme objet de jouissance sexuelle. Traversé par un mal-être depuis le début de l'adolescence, il présente une addiction aux films pornographiques, passant à l'acte sur le corps de Laura comme modalité de décharge pulsionnelle. Une crise majeure secoue dès lors l'ensemble du groupe familial, retentissant sur les membres de la famille élargie. Les grands-parents respectifs interviennent avec force. Les parents de Madame n'acceptent pas son choix de soutenir le père en optant délibérément pour la survie de son couple. Les grands-parents paternels décident une prise de distance radicale tant à l'égard des parents que des quatre enfants. Quant aux oncles et tantes, ils adoptent des positions inconstantes, très chargées émotionnellement et peu constructives globalement. De son côté, Laura, présentant un amendement de la symptomatologie anxio-dépressive, parvient à évoquer le trauma en entretiens individuels. La sortie de l'hôpital est envisagée avec orientation vers un centre d'accueil pour jeunes. Un retour à domicile est totalement exclu étant donné que la mère la stigmatise en tant qu'instigatrice, ayant poussé à l'acte tant le père que le frère. Interpellé par la Justice, Monsieur sera incarcéré suite à une condamnation de cinq ans. Le frère aîné sera envoyé par le juge dans un centre spécialisé, bénéficiant d'une prise en charge spécifique pour jeunes auteurs d'actes délictueux à caractère sexuel. Durant plus de trois années, nous accompagnerons les membres de la famille dans une dimension thérapeutique, respectant différents formats de rencontres. Pour assurer la continuité et la cohérence, la psychologue qui a accueilli Laura dès les premiers jours de son admission à l'hôpital, poursuivra un travail de soutien et d'élaboration du trauma dans la perspective d'une reconstruction identitaire. Madame, confrontée à de multiples difficultés d'ordre socio-économique, maintiendra le lien avec notre équipe à travers le volet social. Nous organiserons des entretiens mensuels avec les plus jeunes, seuls, en présence de Laura ou encore du frère aîné. Nous rencontrerons le père, lors de sorties pénitentiaires auto-

risées, celui-ci attendant aussi des entretiens de couple dans la finalité de consolider l'un ou l'autre projet après son incarcération. Deux ans après le début de la prise en charge, Laura souhaitera rencontrer son père en notre présence, ceci dans l'intention de lui poser certaines questions et de comprendre l'ontogenèse du processus incestueux. In fine, Monsieur acceptera quelques entretiens au cours desquels il évoquera les faits, apprenant ainsi à sa fille qu'il a commencé à jouir de son corps quand elle n'avait que quatre ans. Globalement, il campera dans un discours basé sur le factuel déconnecté d'affects, parlant vaguement d'excuses, insistant sur sa position de victime au sein de la prison. À l'approche de ses 18 ans, nous apprendrons que Laura s'est fait agresser sexuellement dans le métro une fin d'après-midi d'été. . . Ce nouvel épisode traumatique nécessitera une admission en urgence dans un hôpital psychiatrique.

3. Discussion

Depuis « l'affaire Dutroux » qui a secoué la Belgique et les pays limitrophes en 1996, des campagnes de sensibilisation, des formations destinées aux professionnels du secteur de l'aide et de soins mais également de l'appareil judiciaire ont vu le jour. Des techniques et des outils ont été élaborés pour rencontrer l'enfant dans son intérêt premier [23]. Mais, en vingt ans, le nombre de signalements parvenant aux équipes spécialisées SOS-Enfants n'a cessé de croître. La maltraitance sexuelle envers l'enfant existe encore et toujours. Rappelons combien celui-ci constitue un maillon vulnérable de la société, susceptible de servir de surface de projections, d'objet de décharges pulsionnelles quand l'adulte éprouve mal-être, frustration et besoin de jouissance immédiate. Quelle que soit la nature de la maltraitance, qu'elle soit physique, sexuelle, psychologique ou qu'elle recouvre les diverses formes de négligence, l'enfant demeure à haut risque de connaître les multiples retombées du traumatisme [10]. Sans être exhaustive, à la lumière de la vignette clinique, la discussion portera sur quatre axes réflexifs repris dans l'ouvrage de 1997. La finalité consiste à montrer les évolutions de la pratique au regard des transformations intervenues sur bien des aspects et points d'attention que comprend la prise en charge des situations de maltraitance.

3.1. Les sociétés, les familles, les individus

Aujourd'hui, plus que jamais, la sexualité dans ses diverses déclinaisons occupe le terrain médiatique, représentant une part de marché gigantesque, faisant écho aux mentalités centrées sur le corps et son image. Le langage et le discours sont d'ailleurs menacés, cédant souvent la place au principe de plaisir. La primauté du narcissisme primaire se voit ainsi entretenu dans nos sociétés en quête de valeurs et de signifiants porteurs, au détriment de l'altérité et plus loin de l'altruisme. La considération est connue ; elle semble toutefois s'amplifier au fil des ans quand bien même de rassurantes exceptions inviteraient à entretenir un optimisme que Braconnier qualifie d'intelligent [7]. Ces aspects s'intriquent aux incroyables avancées des technologies de communication et d'information, dans leurs dimensions de facilité, d'accessibilité et de rapidité. Plus que jamais, l'homme moderne est happé dans une spirale composée d'impulsivité et d'immédiateté [6]. Un autre paramètre à considérer sur le plan sociétal concerne la famille ou plutôt les familles. Certainement, dans les grandes agglomérations, la cellule familiale recouvre différentes acceptions, la famille nucléaire ne constituant plus nécessairement le référentiel sur le plan statistique. Pour s'en convaincre, il suffit de demander à un enfant de dessiner sa famille. Corollaire à ces bouleversements de la société à travers les configurations familiales plurielles, les questions de dynamique de couple dans leurs volets de responsabilité, de fonction et de rôle parentaux

continuent à se complexifier et à fragiliser tant les mères que les pères. Il n'est guère aisé, au XXI^e siècle, d'assurer dans la continuité, la cohérence, la permanence et la constance auprès de l'enfant. Ces paramètres, répondant à ses besoins de base, font régulièrement défaut. Ainsi, par exemple, l'enfant d'aujourd'hui, s'il n'est pas confronté à l'absence de père, rencontre différents hommes, de manière simultanée ou successive, assurant peu ou prou une part de responsabilité. En parallèle, par souci excessif de sa pleine satisfaction, et certainement en cas de dualité dans la configuration familiale, la mère peut combler l'enfant au risque de le conduire au statut d'enfant-tyran. Ces évolutions concourent à une fragilisation de la fonction tierce participant à l'établissement d'un cadre interne dans l'appareil psychique de l'enfant. Les éléments se trouvent réunis pour voir apparaître, comme le souligne Barbier, la fabrique d'une perversion [1]. D'une manière générale, si au fil des ans, le fonctionnement névrotique semble moins présent, des personnalités dites « *borderline* » ou porteuses de traits pervers sont plus fréquemment rencontrées. Plus loin, d'aucuns estiment que les « manipulateurs sont parmi nous » [19]. Remarquons d'ailleurs que les staffs et réunions cliniques évoquant la psychopathologie des patients parlent inmanquablement de tels troubles de santé mentale. La construction psychique est tributaire de l'environnement, tout comme celui-ci est influencé par les actions et le langage de l'homme. Autant nos collectivités modifient leur manière d'être, autant l'individu transforme progressivement vision du monde, patterns interactionnels et mécanismes de défense [4]. Il en ressort logiquement des retentissements sur les personnalités rencontrées sur le terrain. Dans les situations de maltraitance sexuelle intrafamiliale, nous rencontrons, dans le chef de l'auteur, de moins en moins de structure névrotique [17]. Ces évolutions retentissent sur l'évaluation et le traitement. Par ailleurs, nos interventions portent plus fréquemment aujourd'hui sur des auteurs mineurs d'âge. Si les impacts sociétaux décrits influencent la construction identitaire, entre autres, dans la tendance à l'agir impulsif et/ou sexuel, nous relevons également la présence de dépressions masquées se manifestant par des passages à l'acte à valeur d'équivalents dépressifs. De nombreux jeunes semblent isolés, laissés pour compte, insuffisamment investis. Du côté des victimes, l'événement traumatique laissera son empreinte de façon patente ou latente ; bien des cas de figure se rencontrent. Ainsi, un « pseudo-conformisme », aussi rassurant puisse-t-il paraître, correspondra vraisemblablement à des mécanismes de déni et de clivage. Si la destructivité liée à l'abus dépend de divers facteurs personnels et contextuels, bien des symptomatologies complexes durant l'enfance et l'adolescence trouvent leur origine dans la maltraitance subie [16,20,24,25].

3.2. L'évaluation diagnostique

Comme en témoigne la vignette clinique, les situations de maltraitance sexuelle sont complexes à appréhender tant il y a lieu de considérer les discours, les comportements, les interactions. Le modèle proposé il y a 20 ans, qui demeure pertinent, s'appuie sur deux principes essentiels. Le premier correspond à la pluridisciplinarité et, en corollaire, à la co-intervention et à la collégialité. Depuis 30 ans, les regards croisés des différentes disciplines permettent de construire l'évaluation de l'éventuelle matérialité des faits de maltraitance et de leurs impacts sur la jeune victime et son entourage. Chaque professionnel, dans sa discipline et sa spécificité propre, participe au processus diagnostique complétant, à la manière de l'assemblage d'un puzzle, l'analyse la plus holistique possible de l'enfant en question et de son environnement sociofamilial. Les dimensions synchrone et diachronique sont toujours prises en compte. Ainsi, le diagnostic de maltraitance vise, en partant de la matérialité des faits allégués et/ou constatés,

à qualifier l'état d'un enfant et des membres de son entourage sociofamilial, à estimer les éventuelles répercussions de l'inadéquation sur le fonctionnement individuel et relationnel, en vue de proposer le projet thérapeutique le plus pertinent. Le second principe englobe les aspects méthodologiques du processus étant donné que plusieurs champs diagnostiques sont concernés, chacun se référant à des outils spécifiques adaptés. Parcourons succinctement ceux-ci en relevant combien l'expérience acquise durant ces années a montré la pertinence d'une « systématisation souple et flexible » dans le processus d'investigation. Le premier plan correspond au diagnostic social qui consiste à analyser le contexte général de l'enfant et de son entourage, en prenant en considération la culture, les ancrages sociaux, les conditions de vie socioéconomique. Si la maltraitance transcende toutes les couches sociétales, la précarité représente indéniablement un facteur de risque. Le diagnostic systémique complète la première exploration. Il y a vingt ans, un auteur comme Barudy a proposé de « catégoriser » les familles à travers leur dynamique dite « maltraitante » [2]. Force est de constater qu'aujourd'hui, si certains patterns relationnels dysfonctionnels peuvent être retrouvés, l'abus sexuel traverse les multiples configurations familiales tant celles-ci ont évolué. Remarquons cependant que plus une famille présente un fonctionnement chaotique, enchevêtré, « hors limite », plus le risque de passage à l'acte est présent [21]. L'instabilité de la cellule familiale favorise certainement la maltraitance sexuelle sur enfant. L'évaluation systémique consiste donc à situer un individu dans son système d'appartenance, en observant la qualité des interactions, et en relevant les dysfonctionnements à côté des potentialités et ressources susceptibles d'être mises en valeur lors de la phase thérapeutique. Le troisième plan diagnostique recouvre le volet médical ; l'examen somatique de l'enfant tente d'une part de mettre en évidence les éventuelles lésions, et d'autre part de ré-humaniser le corps traumatisé le cas échéant. Notons que le pédiatre, membre de l'équipe spécialisée, recueille régulièrement des questions spécifiques, voire des éléments nouveaux que l'enfant confie dans ce cadre particulier d'une rencontre avec « l'homme ou la femme en blanc ». L'effet thérapeutique de cette rencontre médicale sur l'angoisse est loin d'être négligeable. Les aspects psychologiques et psychopathologiques représentent le quatrième plan du processus diagnostique. La qualité des liens d'attachement, les fonctionnements individuels des enfants et des adultes concernés, la présence des retentissements traumatiques d'une part et de trouble mental d'autre part constituent quelques axes d'investigation. Il est essentiel d'appréhender, entre autres, les liens aux figures d'attachement, les mécanismes défensifs comme les processus d'identification et de projection. Les multiples démarches diagnostiques se réalisent par des rencontres de paroles soutenues par différents médias et certains examens ou tests [15,16,23]. L'anamnèse nous apprendra si une évaluation antérieure de l'enfant a été réalisée. Quoi qu'il en soit, nous sommes attentifs à situer le jeune individu dans son développement global, en utilisant à cet effet le Brunet-Lézine et la grille d'évaluation du développement (GED), Laboratoire d'études du nourrisson de Montréal. Tout le volet cognitif, dont celui des apprentissages en général, est nécessairement pris en compte. Pour l'évaluation psycho-affective, le Rorschach, le CAT ou le TAT apportent des éléments précieux tant au niveau de l'enfant que des adultes en question, permettant non de connaître la vérité mais de mieux appréhender les fonctionnements psychiques. Au début du processus de prise en charge, une grande importance est accordée à la parole de l'enfant. À cet effet, nous réalisons un entretien spécifique en respectant la méthode du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), construite sur des questions ouvertes. L'expérience nous a conduits à abandonner la méthode du Statement Validity Analysis (SVA), lourde d'utilisation et souffrant de l'absence de

validité scientifique internationale. Nous restons convaincus de l'importance d'oser parler de la maltraitance en rencontrant l'enfant sur la matérialité des faits qu'il a vécus, pour autant que le clinicien ait travaillé ses propres résistances et représentations liées à la sexualité transgressive. Aujourd'hui, la parole de l'enfant a une valeur sociale qui interviendra, le cas échéant, dans la logique judiciaire et les éventuelles poursuites pénales. Mais cette parole ne peut être pleinement assurée et ne peut donc engager l'enfant, par manque d'assimilation des notions de discernement et de consentement éclairé. Rappelons aussi qu'il y a lieu de distinguer authenticité et crédibilité [15].

3.3. Le cadre de la prise en charge

Les équipes SOS-Enfants ont été créées il y a trente ans dans un esprit de « dé-judiciarisation » des situations de maltraitance. Le législateur promouvait une prise en charge dans une logique d'aide et de soins hors répercussions judiciaires. L'intervention de l'équipe spécialisée s'inscrit dans une politique de travail en réseau large, s'appuyant sur le concept d'« enveloppe partenariale » de Parret [22]. En vingt ans, le paysage des instances et structures potentiellement impliquées dans les situations d'abus sexuel s'est complexifié. Concomitamment, les professionnels ont constaté un engorgement du système général d'aide et de soins tant les demandes dépassent les offres, au vu de l'évolution des problématiques individuelles, familiales et sociétales. Aujourd'hui, les paradigmes et modèles théoriques sont malmenés, confrontés à un rude principe de réalité ; les manques de moyens conduisent à user d'influence, à faire pression, avec le risque d'émergence de conflits et de rivalité. La politique de « réseautage » est alors bien menacée. Ceci étant souligné, un algorithme des différentes possibilités de cadre de prise en charge d'une situation de maltraitance infantile sexuelle a été proposé en distinguant trois niveaux principaux. Le premier niveau s'établit à l'amiable entre les différentes personnes concernées et les professionnels contactés. Les deux autres niveaux de cadre impliquent le champ social à travers une autorité au sens large. C'est le cas habituellement lorsque le premier niveau s'avère insuffisant ou impuissant pour établir le plan d'aide et les soins. L'absence de collaboration réelle constitue l'argument principal pour mobiliser le deuxième niveau de cadre. Le service d'aide à la jeunesse (SAJ) est sollicité pour toute situation d'un mineur d'âge en difficulté ou en danger. Précisons que le jeune de plus de 14 ans doit donner son accord aux mesures proposées parallèlement aux parents ou représentants légaux. Si aucun assentiment n'est obtenu et si le jeune est en danger, le SAJ en informe les autorités judiciaires qui peuvent alors saisir le Tribunal de la Jeunesse (TJ). Celui-ci peut alors imposer une mesure qui soit au contraire de celle du SAJ, qui doit la négocier [9] (Fig. 1).

L'expérience montre que l'évolution de la société, des modèles familiaux et des pratiques des professionnels nécessite un questionnement continu du modèle de prise en charge de situations d'abus sexuel. La place du tiers et du rapport d'autorité sont au cœur de la thématique. Si le législateur a souhaité permettre une possibilité de prise en charge médicospsychologique des situations d'abus sexuels à l'égard des enfants, force est de constater que nous rencontrons des aspects positifs pour ne pas faire appel aux autorités judiciaires ainsi que des répercussions négatives de cette « non-judiciarisation ». Nous avons développé cette discussion par ailleurs [3].

3.4. La phase de traitement

Le temps thérapeutique succède à la phase d'évaluation diagnostique clôturée par des conclusions et des propositions

d'aide et de soins. Le traitement dépendra non seulement des faits de maltraitance eux-mêmes mais de l'impact traumatique sur l'enfant concerné et son entourage. À ce propos, nous sommes confrontés à une diversité de manifestations allant d'une absence de toute symptomatologie, traduisant une résilience de la jeune victime, jusqu'à l'apparition de conduites de destruction de soi et/ou des autres pouvant conduire à la tentative de suicide [11]. Rappelons que toute maltraitance provoque du stress dont les déclinaisons sont multiples à travers le large spectre des troubles anxiodépressifs [12]. L'apparition et l'évolution d'un trouble 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 [18]. Ainsi, les mêmes facteurs peuvent avoir des effets différents selon le moment et la durée de leurs actions. L'accompagnement thérapeutique de l'enfant maltraité et de son entourage sera guidé par les conclusions de la phase évaluative et gagnera en efficacité par une diffraction des différents axes de soins et d'aide. Le travail en réseau, s'appuyant sur le concept de « secret professionnel partagé », permet de tenir compte des axes individuels, familiaux et sociaux, impliquant les niveaux cognitifs, affectifs et relationnels. La méthodologie que nous développons il y a vingt ans est toujours de mise ; nous progressons, comme la vignette clinique le montre, par vagues de rencontres successives. Ainsi, les entretiens individuels précèdent les rencontres groupales et familiales. Reconnaissons qu'il faut donner du temps au temps et qu'une prise en charge thérapeutique dans les situations de polytraumatisme sexuel exigera flexibilité, adaptabilité et créativité de la part des cliniciens. L'oscillation de l'investissement des personnes concernées, les montées d'angoisses, les passages dits « à vide », les mouvements transférentiels parfois massifs et agressifs constituent quelques enjeux d'un traitement dont la temporalité s'établit non en mois mais en termes d'années. La question de l'arrêt de la phase thérapeutique est aussi source anxiogène tant elle rappelle les aspects problématiques du lien. Soyons également conscients des limites dans les possibilités de mobilisation quand la famille connaît l'instabilité de manière chronique. Bien souvent, nous nous heurterons à des impasses, des menaces, des fuites en avant, nous laissant dans l'insatisfaction. De plus, le cas de figure de la « famille dépressive » que nous décrivions il y a vingt ans, réunissant père, mère et enfant(s), ne représente plus quelques situations sur l'ensemble des familles rencontrées. Par ailleurs, si les rencontres de paroles basées sur les courants psychodynamique et systémique restent des points de référence, reconnaissons le bien-fondé et l'apport d'approches spécifiques dans la clinique du trauma. L'EMDR (Eye-Movement Desensitization and Reprocessing) et l'hypnose constituent sans conteste des voies appréciées, tant par les enfants que par les adultes, autorisant apaisement et amendement de symptômes invalidants ; la remobilisation émotionnelle sollicitée au niveau du fonctionnement cérébral semble propice à (re)-stimuler la poursuite, dans un autre temps, de la thérapie d'inspiration analytique et/ou systémique. Concrètement, selon la situation et toujours dans une conception de travail en réseau, il s'avère, par exemple, indiqué d'orienter tel jeune patient, tel parent, « gelés » dans les trames d'un trauma, chez un thérapeute pratiquant l'EMDR, au sein d'un dispositif complexe intégrant également des entretiens classiques individuels, de couple, de fratrie ou encore de famille. Pour demeurer cohérents dans la prise en charge, il y a lieu de connaître les indications, les limites de chaque approche retenue, en veillant au principe de complémentarité collégiale. Il s'agit certainement ici d'un point d'évolution par rapport à nos réflexions de 1997, montrant tout l'intérêt de mobiliser les différents courants thérapeutiques à mettre en réseau autour de l'enfant et de son entourage [5].

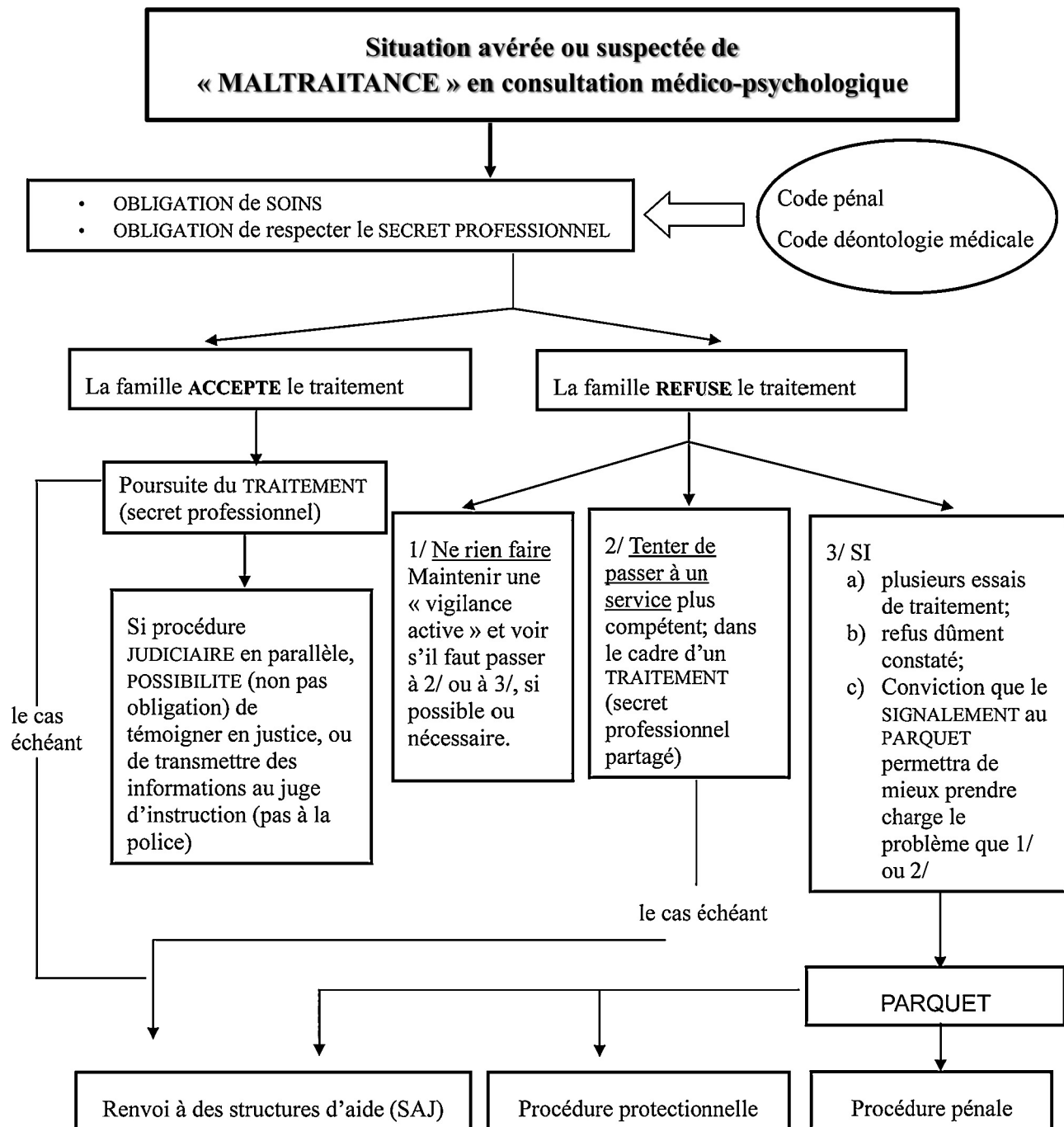


Fig. 1. Algorithme du cadre d'intervention.

4. Conclusion

Dans la perspective d'éviter les retombées d'une exposition sociale et économique dans le domaine public ainsi que les phénomènes de stigmatisation, la Belgique a opté pour la possibilité et non l'obligation d'interpeller l'appareil judiciaire, en mettant sur pied des équipes multidisciplinaires chargées d'évaluer et de traiter les situations de maltraitance sur enfants. D'aucuns estimerait qu'il s'agit d'une « théorie du moindre mal ». Certes, la « non-judiciarisation » comporte des écueils. Comme nous l'avons évoqué, les fonctionnements ou traits pervers sont de plus en plus rencontrés et le maintien d'interventions dans le champ médico-psycho-social inclut certainement le risque que les

individus fonctionnant de la sorte jouissent du système, n'hésitant pas à manipuler cadres et limites [13]. L'absence de sanction peut aussi renforcer un sentiment de toute-puissance susceptible d'amener l'agresseur à la récurrence. Et le clinicien ne peut être garant de la non-récurrence. Comme nous l'avons souligné, nos sociétés évoluent et nous constatons une certaine déliquescence de l'autorité en général. Par rapport à la transgression grave que constitue l'abus sexuel envers l'enfant, il n'est guère aisé aujourd'hui de symboliser une figure d'autorité dans le champ médico-psycho-social [5,8]. Ainsi, à l'heure où les membres de l'appareil judiciaire ont perdu, pour nombre d'individus, leur fonction symbolique d'autorité, peut-on concevoir que le clinicien occupe plusieurs rôles devant assurer une fonction de contrôle

social ? In fine, quoi qu'il en soit, nous prôtons une considération au cas par cas sur la base d'une réflexion multidisciplinaire et dans le cadre d'un travail de réseau.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Barbier D. La fabrique de l'homme pervers. Paris, France: Odile Jacob; 2013.
- [2] Barudy J. De la bientraitance infantile. France: Fabert; 2007.
- [3] Beague M, Chatelle N, de Becker E. L'abus sexuel intrafamilial : discussion médico-psycho-juridique sur la pertinence du modèle de prise en charge. *Acta Psychiatr Belg* 2015;1:24–35.
- [4] Berger M. Voulons-nous des enfants barbares ? Paris: Dunod; 2008.
- [5] Berlin LJ, Appleyard K, Dodge KA. Intergenerational continuity in child maltreatment mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Dev* 2011;82(1):162–76.
- [6] Bonnet G. La perversion, se venger pour survivre. Paris: PUF; 2008.
- [7] Braconnier A. « Optimiste ». Paris, France: Odile Jacob; 2015.
- [8] Cirillo S. Mauvais parents : comment leur venir en aide ? France: Fabert; 2006.
- [9] Colette-Basiecz N. « Le secret professionnel face à l'enfance maltraitée ». *Ann Droit Louvain* 2002;62(1–2):3–30.
- [10] de Becker E, Maertens M-A. Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Ann Med Psychol (Paris)* 2015;173(9):805–14.
- [11] de Becker E. Transmission, loyauté et maltraitance de l'enfant. *Psychiatr Enf* 2008;1(1):43–72.
- [12] Ferenczi S. La confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. Analyse d'enfants avec des adultes en psychanalyse. In: *Œuvres complètes*. Paris: Payot; 1982. p. 125–35 [Tome IV].
- [13] Godelier M. Métamorphoses de la parenté. Paris, France: Fayard; 2004.
- [14] Haesevoets YH. Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Belgique: Éd. Kluwer; 2003.
- [15] Hayez JY, de Becker E. La parole de l'enfant en souffrance : accueillir, évaluer et accompagner. Paris: Dunod; 2010.
- [16] Hayez JY, de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille. Évaluation et traitements. Paris: PUF; 1997.
- [17] Lebrun JP. Un monde sans limite, 2^e éd., Paris: Eres; 2011.
- [18] Monzee J. Neurosciences, psychothérapie du développement affectif de l'enfant. Montréal: Liber; 2014.
- [19] Nazare-Aga I. Les manipulateurs sont parmi nous : qui sont-ils ? Comment s'en protéger ? Québec: Les éditions de l'homme; 2004.
- [20] Odebrecht S, Nunes V, Watanabe MAE, Morimoto HK, Moriya AR, Reiche EMV. The impact of childhood sexual abuse on activation of immunological and neuroendocrine response. *Aggress Violent Behav* 2010;15(6):440–5.
- [21] Ogloff JRP, Cutajar MC, Mann E, Mullen P. Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: a 45 year follow-up study. In: *Trends and issues in crime and criminal justice*. Canberra: Australian Institute of Criminology; 2012 [No. 440].
- [22] Parret C. Accompagner l'enfant maltraité et sa famille. Paris: Dunod; 2006.
- [23] Robin P. L'évaluation de la maltraitance : comment prendre en compte la perspective de l'enfant ? Rennes: Éditions PUR; 2013.
- [24] Schraufnagel TJ, Davis KC, George WH, Norris SJ. Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behaviour: a potential alcohol-use pathway. *Child Abuse Negl* 2010;34(5):369–78.
- [25] Trickett PK, Noll JG, Putnam FW. The impact of sexual abuse on female development: lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Dev Psychopathol* 2011;23(2):453–76.