

La destructivité liée à l'abus sexuel sur l'enfant

E. de Becker¹

Résumé :

L'abus sexuel sur l'enfant représente non seulement une problématique de santé individuelle mais également une thématique de santé publique. Si la maltraitance sexuelle constitue une question de santé physique et psychique d'un individu aux retombées multiples et variées, elle confronte également les aspects des premiers liens, les liens d'attachement, étant donné qu'elle se déroule habituellement dans le cercle familial. A la lumière de trois vignettes cliniques, l'article discute du concept de destructivité d'une part de manière générale et d'autre part spécifiquement dans les situations d'abus sexuel, pour proposer in fine quelques points d'attention autour de la parole de l'enfant au cours de la prise en charge. Précisons que l'enfant, qu'il se confie ou non, reste bien souvent psycho-traumatisé. La destructivité renvoie au caractère destructeur d'un élément vivant ou non, et, plus généralement à la faculté de détruire. En lien avec cette notion, on peut globalement observer des facteurs dits de gravité et d'autres dits de protection susceptibles de coexister. Si les premiers sont plus importants, la probabilité est grande que les symptômes soient invalidants et durables en soulignant qu'ils peuvent s'aggraver dans la durée ou apparaître de façon différée. Si les facteurs de protection sont significatifs, alors l'enfant connaîtra davantage de chances d'une faible atteinte traumatique et d'une cicatrisation plus ou moins rapide.

Mots-clés :

Abus sexuel, maltraitance, traumatisme, destructivité, résilience, traumatisaion, victimisation

The destructiveness bound to the sexual abuse on the child

Summary :

The sexual abuse on the child represents not only a problem of individual health but also a theme of public health. If the sexual ill-treatment establishes a question of physical and psychic health of an individual in the multiple and varied fallout, she also confronts the aspects of the first links, the links of attachment, given that she usually takes place in the family circle. In the light of three clinical cases, the article discusses the concept of destructiveness on one hand in a general way and on the other hand specifically in the situations of sexual abuse, to propose in fine some points of attention around the word of the child during the coverage. Let us specify that the child, that he confides or not, stays very often psychology traumatized. The destructiveness sends back to the destructive character of an alive element or not, and, more generally to the faculty to destroy. In connection with this notion, we can globally observe factors of gravity and others said by protection susceptible to coexist. If the first ones are more important, the probability is big that the symptoms are invalidating and long-lasting by underlining that they can deteriorate over time or appear in a deferred way. If the factors of protection are significant, then the child will know more chances of a low traumatic achievement and a more or less fast healing.

Key-words :

Sexual abuse, ill-treatment, trauma, destructiveness, resilience, traumatisaion, victimization

¹ Emmanuel de Becker, pédopsychiatre, Cliniques universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, avenue Hippocrate, 10 à B1200 Bruxelles, Belgique. Contact : emmanuel.debecker@uclouvain.be

I. Introduction

L'abus sexuel sur l'enfant représente non seulement une problématique de santé individuelle mais également une thématique de santé publique. L'épidémiologie le confirme. D'après les données de l'OMS, on estime que, dans le monde, un adulte sur quatre rapporte avoir été abusé durant son enfance et qu'en Europe la prévalence des abus sexuels est d'une fille pour sept et d'un garçon pour dix-sept (de Becker, Maertens, 2015). Au-delà des chiffres officiels, soyons conscients que le nombre réel des abus demeure un chiffre noir. Il est vraisemblable que beaucoup d'ex-victimes préfèrent se taire définitivement ou ne parler qu'une fois arrivées à l'âge adulte sur des forums internet anonymes (de Becker, Hayez, 2018). Si la maltraitance sexuelle constitue une question de santé physique et psychique d'un individu aux retombées multiples et variées, elle confronte également les aspects des premiers liens, les liens d'attachement, étant donné qu'elle se déroule habituellement dans le cercle familial. Rappelons également que chacun de nous, que l'on soit professionnel ou non, véhicule ses propres idées et représentations par rapport d'abord à la sexualité et ensuite à la transgression au niveau de l'intime sexuel. La subjectivité de tous est ainsi convoquée générant la mise en place de mécanismes psychiques singuliers plus ou moins opérants. A la lumière de trois vignettes cliniques, l'article discute du concept de destructivité d'une part de manière générale et d'autre part spécifiquement dans les situations d'abus sexuel, pour proposer in fine quelques points d'attention autour de la parole de l'enfant au cours de la prise en charge.

II. Vignettes cliniques

Ces vignettes cliniques sont issues de la pratique dans notre Service de psychiatrie infanto-juvénile au sein d'un hôpital général. Le Service regroupe des Unités de consultations de pédopsychiatrie générale, d'hospitalisations et de prises en charge diagnostiques et/ou thérapeutiques ambulatoires des troubles autistiques ainsi que des situations de maltraitance. Dans chacune des situations, nous avons opté pour le modèle de la co-intervention ou de co-thérapie (psychologue-pédopsychiatre).

A. Nous rencontrons une adolescente de seize ans, Manon, dans le cadre d'un séjour dans notre structure résidentielle de thérapie institutionnelle. Notre Centre Thérapeutique pour Adolescents (CThA) accueille douze jeunes, garçons et filles, âgés entre quatorze et vingt et un ans, sur base d'une convention de rééducation. Nous accueillons des jeunes dont la traversée adolescente se révèle problématique, ayant opté pour une tranche d'âge précise durant laquelle les questions et enjeux se manifestent avec force tant dans leur apparition, leur compréhension que dans leur recherche de résolution. Le séjour est prévu pour une période de six mois pouvant être prolongés de trois mois. Le centre s'inscrit habituellement dans un troisième temps (ou palier) après des interventions d'abord ambulatoires puis hospitalières auprès du jeune en difficulté. Ainsi, par exemple, dans le décours d'une hospitalisation spécifique après décompensation, il arrive qu'un retour dans le milieu de vie habituel de l'adolescent s'avère prématuré et qu'un temps intermédiaire soit nécessaire pour permettre au jeune de se reconstruire dans un cadre à la fois protégé et mobilisateur. C'est alors qu'apparaît l'indication d'un séjour au centre. Le postulat de base consiste en la déconstruction liée à la transformation adolescente et à la déconstruction de la folie telle qu'elle est parfois attribuée à l'adolescent en difficulté. La finalité de l'accompagnement du jeune en difficulté veille à une reconstruction sur base d'un redéploiement de ses ressources affectives, cognitives, sociales. Proposant un soin psychothérapeutique communautaire, le CThA soutient les ré-expérimentations des liens à travers les alliances, les ruptures, les trahisons, les drames, les conflits d'une dynamique du quotidien.

Manon a été admise pour trouble anxieux sévère, de l'automutilation et un décrochage scolaire d'environ deux ans. Depuis cinq semaines, la jeune respecte davantage son corps, s'appropriant le projet thérapeutique défini au moment de son admission. Elle est l'enfant unique d'un couple séparé depuis cinq ans. Sa mère a, d'une union précédente, un fils de vingt-huit, lui-même en couple et ayant une petite fille de deux ans. Le père de Manon s'est remis en ménage avec une femme ayant de son côté deux enfants âgés de onze et neuf ans. L'adolescente entretient peu de contacts avec son père qu'elle rencontre deux ou trois fois annuellement et a coupé les liens avec son demi-frère. Elle se retrouve depuis plusieurs années dans une dynamique duelle avec sa mère. Celle-ci connaît de sérieux soucis de santé, présentant un diabète instable, de l'hypertension artérielle, ainsi qu'une affection respiratoire chronique qui limite drastiquement ses déplacements.

Parentifiée, Manon est inquiète pour sa mère, ne cachant pas son appréhension de se retrouver orpheline et seule. Ce n'est que sur l'insistance de sa mère qu'elle a finalement accepté d'être admise dans notre structure résidentielle. Lors des entretiens individuels dans lesquels elle montre son intelligence et sa capacité réflexive, Manon confie être isolée ; La socialisation se réduit aux contacts avec les quelques amies de sa mère. Elle dit ne pas parvenir à comprendre les jeunes de sa génération et à établir des liens dans la durée. Par ailleurs, elle reconnaît qu'autant elle est liée à sa mère autant elle manifeste de plus en plus de crises de colère avec injures et destruction de mobilier. Un des motifs des tensions entre mère et fille réside dans le fait que Manon veut se faire appeler « Jack ». En effet, intéressée depuis qu'elle a découvert une nouvelle loi relative à la trans-identité, parcourant avec fébrilité les sites et forums à ce propos, elle désire entreprendre une transformation de son corps, estimant qu'elle se sent davantage en phase avec l'identité masculine. Elle s'est d'ailleurs rendue chez un coiffeur pour adopter une coupe masculine. Ce dernier acte a mis la mère hors d'elle.

Ce désir fait débat au sein du dispositif résidentiel étant donné que lors d'ateliers proposés aux jeunes appelés pour les uns « parole aux garçons » et pour les autres « parole aux filles », Manon a refusé de rejoindre l'atelier qui lui était « phénotypiquement destiné ». Les professionnels du centre sont perplexes et s'interrogent sur les attitudes correctes à tenir : « Y a-t-il lieu de respecter le désir de la jeune, donc de Manon...ou de Jack ? ». Ces interrogations jalonnent sa traversée tumultueuse dans le centre. L'adolescente oscillera entre périodes de désespoir associé au sentiment de dévalorisation, de perte d'estime personnelle, et des moments d'espoir d'une existence enfin épanouissante riche en rencontres positives. Le séjour sera marqué par des fugues, de l'automutilation, des tentatives de suicide médicamenteuses. A deux reprises, nous devons procéder à des « time out » c'est-à-dire des mises à distance d'une semaine dans une autre structure hospitalière, le temps de calmer l'intensité des expressions comportementales.

Après deux mois d'hospitalisation, dans le décours d'une nouvelle crise de scarification, Manon confie avoir été agressée sexuellement par le frère du père à l'âge de huit ans. L'agression s'est répétée six ou sept fois. Elle n'en a rien dit à personne mais dès le début de la puberté, l'événement agressif est venu troubler ses nuits sous forme de cauchemars dans lesquels elle revivait au détail près les scènes de viol. La jeune s'est certes plainte de troubles du sommeil sans pouvoir évoquer le contenu des images traumatiques envahissantes. Aujourd'hui, à seize ans, Manon parvient à nommer son dégoût à l'égard des hommes en tant qu'objet de leurs désirs sexuels. Elle pense qu'en changeant de sexe elle pourra réaliser pleinement sa sexualité en évitant les hommes. Ainsi, elle souhaite se transformer et devenir elle-même un homme afin, dit-elle, d'être en couple avec une femme. Ayant confié le trauma vécu durant l'enfance, elle demande avec force de ne pas mettre sa mère au courant ni d'entamer une quelconque démarche judiciaire. Elle insiste pour que les professionnels tiennent le secret estimant qu'il s'agit là de son droit. La jeune pense également qu'il n'existe

pas de risques pour d'autres enfants étant donné que son oncle resté célibataire travaille comme informaticien. Nous poursuivrons l'accompagnement de la jeune, soutenant l'élaboration autour de thématiques existentielles et des questionnements sur les tenants et aboutissants de l'identité. Nous tenterons de dissocier désir trans-identitaire et retentissement post-traumatique en évoquant l'importance des mécanismes de défense et de survie à préserver. Manon comprendra avec le temps la pertinence d'ouvrir à sa mère le vécu d'agression lié à la violence sexuelle subie quand elle était enfant et les répercussions toujours actuelles. Choquée, la mère croira sa fille établissant spontanément des liens entre son mal-être et l'agression sexuelle tenue secrète. Elle se rappellera de l'oncle en question, se souvenant de ses propos irrespectueux envers les femmes. Par ailleurs, elle s'interrogera sur le secret aussi longtemps maintenu : « pourquoi ma fille ne m'a-t-elle rien dit ? Ne me fait-elle pas confiance ?... ». Nous aborderons, lors d'entretiens mère-fille, les angoisses, enjeux et appréhensions qui entourent les révélations de maltraitance sexuelle. Après l'hospitalisation, la jeune souhaitera continuer un suivi thérapeutique ambulatoire. Moins convaincue de la nécessité d'une transformation corporelle, elle commencera à investir une identité féminine. Progressivement apaisée, elle consentira aussi à envisager une démarche vers les autorités judiciaires à l'encontre de son agresseur et à réfléchir à une reprise de lien plus soutenu avec son père et son demi-frère. A l'approche de sa majorité, Manon se dit confiante dans son avenir, se projetant dans des études d'assistante sociale...

B. Nous rencontrons dans le cadre de consultations pédopsychiatriques générales une mère demandant avis et conseil par rapport à son fils Matthieu âgé de sept ans. Elle réfléchit au bien-fondé d'une prise en charge individuelle et familiale. Dernier de la fratrie, Matthieu est précédé de deux sœurs âgées respectivement de onze et neuf ans. Le couple parental vient de se séparer d'un commun accord après quinze ans de vie commune. Infirmière, la mère travaille essentiellement la nuit tandis que le père, enseignant, est en arrêt de travail depuis huit mois pour « burn out ». Madame arrive à la consultation épuisée, angoissée et traversée par des questionnements multiples. Elle dit que son fils lui a confié il y a quelques jours son malaise lié au fait que son père, l'invitant à dormir dans le lit conjugal, jouerait avec son sexe. Madame, étant absente de nombreuses nuits de par son activité professionnelle, laisse le père gérer la vie familiale. Elle évoque une relation privilégiée entre le père et le fils marquée par des mécanismes d'identification réciproque.

Un canevas de prise en charge se met alors en place. Au cours des différents entretiens individuels et de famille, l'enfant est profondément gêné de parler d'une part de l'allégation confiée à sa mère et d'autre part de mettre en question son père et la relation qu'il entretient avec lui. De son côté, Monsieur est visiblement traversé par des affects dépressifs sévères. Très affecté, les traits du visage tirés, il présente de l'aboulie et de l'anhédonie. Ce père garde de longs silences avant de répondre laconiquement à nos questions. Il ne se reconnaît pas dans le profil d'une personne susceptible d'agresser un enfant tel que la mère semble le supposer. Spontanément, Monsieur confie qu'il se sent très proche de son fils : « c'est peut-être le seul espoir dans ma vie,... ce qui me tient en vie... ». Et de poursuivre : « les nuits, lorsque ma femme travaille, il arrive que Matthieu demande à dormir avec moi. ». Père et fils se racontent des histoires partageant l'un ou l'autre secret. C'est à ces occasions, qu'en tant que père Monsieur a répondu aux interrogations de son fils centrées sur le fonctionnement du corps. Matthieu lui aurait demandé de comprendre plusieurs aspects du sexe. Il a ainsi estimé qu'il était de son devoir et de sa responsabilité de lui expliquer en lui montrant directement sur l'objet-même des préoccupations.

Quant à Madame, elle s'interroge sur l'état mental de son mari qu'elle a quitté il y a quelques semaines. Elle ne sait pas si cette séparation sera définitive. Quoiqu'il en soit, il était vital de prendre une certaine distance pour ne pas, dit-elle, plonger avec lui dans un gouffre dépressif.

A une consultation où elle est reçue individuellement en tant que mère, Madame arrive affolée étant donné que Mathieu est revenu vers elle lui demandant pourquoi il faut faire des va-et-vient rapides avec son zizi. Elle pense que le père a dépassé les limites, qu'il est devenu totalement inadéquat avec ses enfants et avec Matthieu en particulier. Dans la suite de ces nouveaux éléments, le père s'effondre un peu plus, se réfugiant dans de longs silences, le regard dans le vide... Il ne comprend pas l'objet de ces accusations. Il en reste à son unique version qui traduit, d'après lui, sa responsabilité paternelle centrée sur l'éducation des choses de la vie. Nous tentons de saisir la matérialité des faits relatés sans parvenir à lever le voile sur ce qui peut être réellement transgressif... Lui-même nous semble perdu voire confus. Ce que cet homme confie (et surtout ne confie pas) laisse perplexe et nous amène à rester à la fois prudents, bienveillants et attentifs au risque pour l'enfant. En équipe, nous décidons de maintenir le cadre de la prise en charge.

Nous rencontrons alors la fratrie qui montre une belle complicité et une entente conviviale. Tous trois sont clairement attachés à leurs deux parents et ne veulent ni prendre position ni « charger » l'un ou l'autre. Ils espèrent ardemment que, la crise traversée, ils retrouveront leur dynamique familiale à cinq. Le suivi se poursuit de manière soutenue et sous des formats de rencontres individuelles et de famille. Face à face, Monsieur et Madame éprouvent quelques difficultés à contenir colère et déception, l'un se sentant accusé à tort et l'autre non rassurée par les agissements d'un père qui perd ses repères au-delà de sa joie de vivre. L'entretien réunissant le père et Matthieu traduit un réel attachement tant à travers les mots que par les regards et la gestualité. Monsieur retrouve clairement une certaine assertivité, les yeux pétillants de vie. Pour l'enfant autant que pour le père, la présence de l'autre est source de ravissement. Nous actons cet engouement tout en nous autorisant à nommer l'importance des limites, des repères, à rappeler les interdits fondamentaux... en nous assurant d'être entendus et si possible suivis.

Lors d'un entretien individuel ultérieur, le père souhaite confier des éléments personnels. Depuis des mois, il connaît des troubles du sommeil avec réveils nocturnes fréquents et rêves d'angoisse. Il s'interroge sur ses propres comportements et ses mouvements pulsionnels. Démuni, il dit ne plus comprendre la portée de certains gestes à l'égard de son fils et se sentir confus entre imaginaire, désir coupable et matérialité de certaines attitudes. Il parle alors de son doute allant jusqu'à croire les inquiétudes de la mère de Matthieu. Il demande à être suivi par un spécialiste tout en demandant s'il est possible d'être accompagné par notre équipe. Lors d'un autre entretien, il évoquera le fait que tous ces bouleversements ont fait resurgir un élément troublant de son enfance. Il s'est rappelé, lors d'un réveil nocturne chargé de terribles angoisses, que son frère aîné de cinq ans l'avait à l'une ou l'autre occasion rejoint dans son lit quand il avait le même âge que Matthieu. Il l'avait alors caressé, se couchant sur lui, mimant des rapports sexuels. Son frère l'avait contraint au silence. Ces quelques séquences ont duré environ une année. Les deux frères n'en ont jamais parlé et, aujourd'hui, les relations quoique distantes sont, d'après lui, « sans histoire ». Nous avons par ailleurs poursuivi les rencontres thérapeutiques selon différents formats d'entretiens. Matthieu a parlé de sa joie de retrouver un « papa bien dans sa tête ». La mère s'est progressivement détendue estimant que « la crise de son ex était maintenant gérée ». Quant à Monsieur, outre la poursuite de la thérapie, il a repris le travail, se disant à la fois libéré (en partie) de son passé et prêt à assumer sereinement et dans le dialogue parental ses responsabilités de père.

C. Nous rencontrons dans le cadre de l'Unité SOS-Enfants une mère suite aux révélations de sa fille Jessica, âgée de six ans, faites à la grand-mère maternelle. Les équipes belges « SOS-Enfants » sont des structures spécialisées reconnues et subsidiées par l'Etat pour lutter contre toutes les formes de maltraitance. Se situant dans le champ de l'aide et des soins, elles sont composées d'assistants sociaux, de psychologues, de juriste et de médecins (pédiatre et

pédopsychiatre). Elles collaborent régulièrement avec d'autres structures, notamment les services sociaux d'Etat, comme le service de l'aide à la jeunesse (SAJ), et signalent les situations aux autorités judiciaires lorsqu'elle le trouve indiqué. Le SAJ est une instance administrative, sociale mise en place dans la conception d'une « dé-judiciarisation » du système protectionnel ; la collaboration des personnes concernées par un enfant ou un adolescent en difficulté est dès lors nécessaire. La perspective est l'établissement d'un programme d'aide adapté aux difficultés énoncées. L'accord du jeune de plus de quatorze ans est requis. Cette instance est aussi souvent sollicitée dans l'objectif de trouver une fonction « tiers » dans les situations de « blocage », de confrontation duelle. Fondamentalement, l'équipe SOS-Enfants réalise un bilan le plus complet possible de l'enfant concerné et de son entourage avant de proposer, le cas échéant, des accompagnements pédagogiques, sociaux ou thérapeutiques.

Madame, vétérinaire travaillant près de septante heures par semaine confie régulièrement ses enfants à ses propres parents. Très actifs, ceux-ci assurent le relais quand les enfants, Jessica et son frère Nathan âgé de huit ans, sont hébergés chez leur mère. Les parents sont séparés et ont établi non sans mal une garde alternée égalitaire. Un mercredi après-midi, Jessica et Nathan confient un lourd secret à leur grand-mère. Lors de leur séjour chez leur père, celui-ci, ingénieur de formation, les invite souvent à découvrir les multiples atouts de l'ordinateur. Il prend sa fille sur ses genoux, Nathan étant à ses côtés. Le père pianote alors de longues heures sur le clavier pour jouer avec ses enfants ou leur faire découvrir des sites attractifs. A un moment, Nathan a senti que sa sœur bougeait son corps disant à son père : « arrête, papa, je n'aime pas ». Le garçon a alors surpris la main du père sur le sexe de sa sœur. Le père a déposé alors sa fille, lui disant « va aux toilettes, si tu en as besoin ». Plus tard, Jessica confiera à son frère qu'elle ne devait pas se rendre aux toilettes... mais avoir inventé cela n'aimant pas que son père la caresse au niveau du sexe.

Sur ces révélations, la grand-mère appelle immédiatement sa fille qui, prenant conseil auprès du pédiatre, nous contacte dans la foulée. Nous la recevons et établissons alors un cadre d'évaluation après avoir reçu l'accord du père. Nous rencontrerons les enfants, les parents ainsi que les grands-parents. Précisons que les deux parents sont enfant unique et que, seuls, les grands-parents maternels vivent encore. Les questions cruciales soulevées constituent des éléments à haut risque d'autant que le conflit de couple demeure majeur. Les propos de Jessica paraissent hautement crédibles lors des entretiens d'évaluation. De son côté, Monsieur campe sur une « théorie du complot » orchestrée par la famille de la mère pour l'évincer de son rôle de père. Il a d'ailleurs contacté un avocat et une association de « défense des pères », estimant de son devoir de protéger ses enfants de la menace de l'aliénation parentale maternelle.

Deux semaines après le début de la prise en charge, la grand-mère nous contacte et demande à nous parler personnellement. Nous la recevons accompagnée de sa fille. D'entrée de jeu elle confie être profondément marquée, ne parvenant plus à trouver le sommeil depuis qu'elle a reçu les confidences de ses petits-enfants et initié le processus d'accompagnement. Elle se sent responsable d'un nouveau drame familial qui surexpose les enfants au conflit parental qu'ils connaissent depuis plusieurs d'années. Elle poursuit : « ce n'est pas tout, je souhaite lever le voile sur un secret, moi qui ai maintenant septante ans. Quand j'avais l'âge de Jessica, je vivais avec mes parents, mes frères et sœurs. La vie à la maison n'était pas facile car on manquait d'argent. Les enfants devaient aider et participer différentes tâches ménagères. Il arrivait que j'aie chercher de la nourriture chez l'épicier du coin ; je m'y rendais seule avec mon sac pour aider mes parents. Et un jour, alors qu'il n'y avait pas d'autres clients dans le magasin, l'homme m'a dit d'aller prendre la nourriture à l'arrière-boutique. Il m'a suivie et, là, il m'a caressée, embrassée et mis ses doigts dans mon sexe. Puis il m'a fait sortir avec le

sac rempli de commissions. C'est arrivé une seule fois et je n'en ai jamais parlé à personne, ni à ma famille, ni à mon mari, ni même à ma fille qui découvre maintenant comme vous ce secret. En fait, je croyais l'avoir oublié, je n'y pensais plus... mais quand Jessica a confié être touchée sexuellement par son père,... la nuit qui a suivi, je me suis réveillée en sursaut, l'image de l'épicier nous agressant ma petite-fille et moi a fait resurgir de mon passé cet événement. Ces images me hantent à nouveau. Je crains que Jessica en souffre toute sa vie ».

Nous avons poursuivi la prise en charge, orientant la grand-mère, après ces révélations, vers une thérapeute spécialisée dans l'accompagnement des adultes ayant connu des traumatismes durant l'enfance. Nous l'avons revue lors d'entretiens avec sa fille tout en respectant son souhait de ne mettre personne d'autres au courant de son vécu. Elle a ainsi souhaité épargner son mari fragile et souffrant de l'impact de ce traumatisme du passé et du fait de le lui avoir caché durant tellement d'années... Par ailleurs, devant l'attitude du père, sa non-reconnaissance de l'agression sur son enfant, son refus de collaborer au plan de soins, nous avons considéré de notre devoir d'interpeller les autorités judiciaires. Les entretiens réguliers avec Jessica, Nathan et leur mère ont été traversés par l'expression de tristesse, d'angoisses et de rage en lien entre autres avec la sanction émise par la justice d'un non-lieu à l'encontre du père. Ce dernier a d'une part poursuivi Madame pour diffamation et d'autre part entamé des procédures pour récupérer la garde des enfants. Cinq ans après les révélations de Jessica, les conflits demeurent à ce point intenses que les enfants et leur mère envisagent sérieusement de quitter le pays... Touchée dans son estime personnelle, abîmée dans son identité, la jeune adolescente regrette d'avoir parlé. Humblement, nous veillons à les accompagner de manière individuelle et en famille quand bien même le père a tenté de s'opposer à la poursuite de notre intervention thérapeutique.

III. Considérations générales

La destructivité renvoie au caractère destructeur d'un élément vivant ou non, et, plus généralement à la faculté de détruire. Cette notion est également utilisée pour rendre compte d'une tendance, comprise comme pathologique, à la destruction. Concept plus phénoménologique que métapsychologique, la destructivité, capacité de détruire sans limite, caractérise une potentialité spécifique à l'être humain, en miroir d'une autre spécificité, la créativité. Les deux composantes semblent aller de pair (Coutanceau, Lemitre, 2017).

Longtemps, on a estimé que l'humain ne pouvait être agressé voire détruit qu'à partir de facteurs externes. Les menaces provenaient exclusivement du monde extérieur que ce soit à travers par exemple les cataclysmes, les guerres ou les maladies. Nous vivons dans un monde potentiellement violent. Fromm s'interrogeant sur le besoin de cruauté propre à l'homme, a parcouru les modèles de compréhension proposés entre autres par l'anthropologie, la psychologie animale, la psychanalyse (Fromm, 2002). Ainsi, par exemple, les instinctivistes, tel Lorenz, voient dans la destructivité humaine l'héritage de nos ancêtres animaux, alors que les behavioristes, à la suite de Skinner, considèrent qu'il n'y a pas de traits humains innés, ceux-ci résultant du seul conditionnement social. Fromm distingue une agressivité défensive, que l'homme partage avec l'animal et qui assure sa survie, d'une agressivité maligne, qu'il nomme destructivité. Celle-ci pousse l'homme dans ses pulsions meurtrières sans but social ni nécessité biologique, spécifiquement humaine et non instinctive. Faisant partie du caractère humain, elle serait l'une de ses passions, comme l'amour, l'ambition, l'avidité (Fromm, 2002).

Quant à Roussillon, il ouvre l'hypothèse qu'un certain nombre d'aspects de l'expression de la destructivité, caractérisant entre autres les fonctionnements narcissiques, sont à relier à une problématisation de la question de la « survivance de l'objet » (Roussillon, 2009). L'auteur construit sa réflexion à partir de la contribution de la notion de Winnicott de « survivance de l'objet » à l'analyse de la destructivité et de ses manifestations cliniques.

Rejoint par des auteurs tels Ansermet, Magistretti, Ribas, Ameisen a mis en exergue combien les biologistes ont rencontré des difficultés à penser une destructivité interne chez l'individu (Ameisen, 2007; Ansermet, Arminjon, Magistretti, 2017; Ribas, 2007). « Une idée longtemps prédominante en biologie a été que la disparition de nos cellules, comme notre propre disparition en tant qu'individus, ne pouvait résulter que d'agressions de l'environnement, d'accidents, de destructions, de famines, d'une incapacité intrinsèque à résister au passage du temps, à l'usure et au vieillissement. La réalité est tout autre. Aujourd'hui, nous savons que toutes nos cellules possèdent, à tout moment, la capacité de déclencher leur autodestruction, leur mort prématurée, avant que rien, de l'extérieur, ne les détruise. C'est à partir de leurs gènes que nos cellules produisent les "exécuteurs" moléculaires capables de précipiter leur fin, et les "protecteurs" capables un temps de neutraliser ces exécuteurs. » (Cherlonneix, Ameisen, 2013, p7).

De plus, la survie de chaque cellule dépend de la nature des interactions qu'elle engage jour après jour avec d'autres cellules de l'organisme, interactions qui lui permettent de réprimer le déclenchement de l'autodestruction. Ainsi, à côté de l'équilibre des mécanismes de destruction et de protection inhérents à notre condition, l'ensemble des interférences positives et négatives détermine notre existence même. La survie de l'organisme est intrinsèquement corrélée à toute la complexité des rapports de force tant en interne qu'avec les éléments externes. Toute vie possède une dimension collective basée sur les interactions qui orientera la balance entre destruction et protection, essence du processus antagoniste entre vie et mort (Ameisen, 2003). S'appuyant sur les liens entre biologie et psychologie, on peut estimer que l'individu élémentaire est nécessairement relié à l'organisation collective à laquelle il appartient. Le psychisme humain dépend de ses interactions avec son environnement; il ne peut vivre et survivre sans échanges affectifs. Comme l'hospitalisme l'a montré, la destruction du sujet peut se concevoir en cessant de lui fournir ce qui réprime les "exécuteurs" internes (Ameisen, 2007).

Si la biologie démontre la réalité des antagonismes à l'œuvre, il en est de même sur le plan psycho-affectif. Le psychisme est animé par des forces pulsionnelles contradictoires qui tentent tout au long de l'existence de co-exister. D'aucuns comme Ansermet pensent qu'un organisme seul, le vivant en lui-même, va vers sa destruction. In fine la vie n'est qu'un détour sur le chemin de la mort (Ansermet, 2008). Dans cette conception, le sujet constitue une défense contre la mort. En se référant aux travaux issus de la psychanalyse, on peut établir des liens entre pulsion de mort et destructivité sans confondre les deux concepts. Ainsi Ribas précise qu' : « une tendance semble se faire jour qui retiendrait des versions affadies de l'opposition pulsionnelle de la seconde théorie des pulsions : pulsions de vie / pulsions de mort et du jeu de leur intrication et désintrication pour ne retenir qu'une opposition liaison/déliaison, ou en privilégiant la destructivité, en s'orientant vers une « destrudo » plus symétrique de la libido, alors que le modèle freudien installe une conflictualité entre deux pulsions asymétriques, conflit qui déborde non seulement le psychisme, mais même l'individu biologique. » (Ribas, 2009, p 987). Dans la question de la destructivité liée à l'abus sexuel sur l'enfant, la dialectique pulsionnelle entre vie et mort fait écho aux éléments appariés d'amour et de haine. Et de rappeler les propos de Freud dans « Pulsion et destin des pulsions » : « La haine, en tant que relation à l'objet, est plus ancienne que l'amour ; elle prend source dans la récusation, aux primes origines, du monde extérieur dispensateur de stimulus, récusation émanant du Moi narcissique. En tant que manifestation de la réaction de déplaisir suscitée par ces objets, elle demeure toujours en relation intime avec les pulsions de conservation du Moi, de sorte que pulsions du Moi et pulsions sexuelles peuvent facilement en venir à une opposition qui répète celle de haïr et aimer. Quand les pulsions du Moi dominant la fonction

sexuelle, comme au stade de l'organisation sadique-anale, elles confèrent au but pulsionnel lui aussi les caractères de la haine » (Freud, OCF, XIII, p. 184).

Ces considérations ouvrent la réflexion sur les notions de violence, de haine, d'agressivité liées à la transgression que représente l'abus. La violence est préobjectale, précœdipienne et pré-ambivalente, précédant la naissance même de l'objet dans le psychisme de l'enfant, l'instauration de la problématique œdipienne et l'avènement de l'ambivalence (Golse, 2001). Fondamentale et fondatrice, elle se définit comme une force pulsionnelle nécessaire au développement de l'individu, de son psychisme, de ses facultés. La civilisation et la culture socialisent cette pulsion lui permettant de s'exprimer dans des formes constructives, apportant des satisfactions par une activité mentale élaborée que constitue la sublimation. Liée au narcissisme primaire, la violence ne vise pas un objet particulier et traduit l'affirmation de soi sans intrication pulsionnelle avec les mouvements sexuels d'amour et de haine. A la suite de Bergeret, on comprend la violence fondamentale en tant qu'expression d'un besoin primitif de toute-puissance sous peine d'angoisse de mort. Quant à la haine, elle est davantage objectale que narcissique, visant un objet plus ou moins différencié. Etymologiquement, l'agressivité marque la tendance à attaquer (« ad gradere » : « marcher vers ») et détermine la version agie de la haine dans une dimension la plus adressée à l'objet. Cherchant la destruction de l'autre, l'acte agressif est intrinsèquement sexualisé et relationnel, suscitant habituellement de la culpabilité car nécessairement ambivalent.

En revenant au concept de destructivité, Klein estime que les frustrations dans les premières relations confortent la mise en place de celle-ci (Klein, 1957). Si la responsabilité de l'environnement est convoquée dans l'inassouvissement relationnel, il y a lieu d'être attentif au risque de projection des impacts de la part du jeune sujet sur la mère. Plus loin, Roussillon avance l'idée que l'omnipotence de l'enfant qui s'attribue l'origine du désastre dans une symétrie inverse du narcissisme est à l'origine du sentiment inconscient de culpabilité : « ... de la même manière que le bébé tend à s'attribuer la réussite des expériences en trouver-crée, il s'attribue aussi les échecs de celles-ci. S'il a l'illusion d'être à la source de sa propre satisfaction, il a aussi l'illusion, que je propose d'appeler "illusion négative", d'être à l'origine des expériences négatives. C'est sans doute le fondement d'un sentiment interne de "culpabilité", l'une des sources premières du sentiment de "péché originel". Si celui-ci est trop important, si le déplaisir qu'il occasionne est trop intense, le bébé peut alors tenter de mobiliser une défense active contre cet éprouvé et s'engager sur la voie de processus d'évacuation de tous sentiments de culpabilité, de tout éprouvé de responsabilité. Freud puis Winnicott ont proposé l'hypothèse qu'un tel mécanisme est à l'origine de la délinquance ou de processus observés chez certains criminels, devenus ainsi criminels par "sentiment inconscient de culpabilité" » (Roussillon, 2007, p. 87). Ceci étant, comme Ribas l'interroge, ne s'agit-il pas plutôt d'une blessure du narcissisme primaire, d'une honte ? (Ribas, 2009). Notons que les témoignages cliniques font régulièrement état du sentiment de culpabilité corrélé à la destructivité de l'abus sexuel. Les victimes sont rongées par le sentiment d'être coupable de ce qui leur est arrivé. Et la faute est loin d'être inconsciente. D'ailleurs, nombre d'auteurs d'abus mettent l'accent sur cette sensibilité alimentant une disposition psychique, rendant la victime dépendante de leur agresseur.

Quoiqu'il en soit, ouvrir la question de la destructivité liée à l'abus sexuel sur l'enfant nous amène à interroger de nombreux concepts en lien conscient ou non avec l'effraction ainsi accomplie. La destructivité est intimement corrélée avec le traumatisme vécu par la victime et toutes les conséquences qu'il est susceptible d'engager. Aujourd'hui plus que jamais dans nos sociétés, la maltraitance sexuelle sur l'enfant représente par essence l'agression traumatogène.

Pour s'en convaincre, il suffit d'entendre les témoignages des individus incarcérés pour des délits à caractère sexuel sur mineurs d'âge, menacés voire agressés entre autres par les co-détenus tant ils sont identifiés tels des scélérats dénaturés et inhumains. Dans la suite, figurent naturellement les notions de traumatisations primaire et secondaire. Ce deuxième terme nous semble impropre car il ne définit que la chronologie. On devrait davantage parler de traumatisation seconde étant donné qu'elle survient après la cessation de l'abus dans l'ordre du temps sans être toujours d'importance secondaire. Elle correspond à un surcroît de souffrance morale, de perturbations intrapsychiques et relationnelles que l'enfant subit de par les multiples retentissements socio-familiaux apparaissant après la cessation des faits abusifs. Elle peut prendre des proportions plus intenses et plus durables que les perturbations provoquées directement par l'agression sexuelle. Les origines en sont variées (de Becker, Hayez, 2018). Soulignons également la situation des personnes qui se laissent suggestionner dans le piège de la « victimisation à vie ».

Ainsi, la « mauvaise rencontre » que constitue l'agression est susceptible de provoquer un tel effroi que l'appareil psychique est privé pendant un temps de toute pensée, de toute émotion (Zaltzman, 2007). Sur le moment, la victime n'a plus accès au langage et se trouve comme déshumanisée. Puis, elle se voit habitée de sentiments de honte et d'abandon tant l'abus sexuel constitue fondamentalement un trauma. Au-delà de l'acte lui-même, l'image traumatique traverse le pare-excitation et se fixe au niveau du refoulement originare. Le trauma repousse les représentations, les signifiants et les émotions qui y sont associées. Précisons que nous rencontrons autant de trajectoires individuelles à l'issue de la transgression qu'il existe d'individus dans leur singularité. Certains connaîtront la résilience tandis que d'autres seront concernés par le trauma. Dans ce cas, la maltraitance sexuelle comprend à tout le moins deux mouvements à l'adresse de la victime, d'une part par l'acte d'intrusion lui-même et d'autre part en tant que déclencheur d'un déséquilibre du sujet. En effet, l'abus recèle la potentialité de provoquer un basculement interne du système de protection psychique et physique qui se voit dépassé par les processus autodestructeurs. Soulignons que les effets peuvent être différés dans le temps voire « sauter » les générations. Il est alors essentiel sur le plan thérapeutique d'accueillir avec bienveillance la victime dans un état d'esprit d'ouverture marqué entre autres par les trois directives proposées par Selvini que sont l'hypothétisation, la circularité et la neutralité (Selvini, 2008). Voyons alors l'application de ces réflexions sur le terrain clinique.

IV. Discussion centrée sur l'abus sexuel

La maltraitance n'engendre pas nécessairement de perturbations visibles à court ou à long terme. Comme les vignettes cliniques tentent de l'illustrer, nombre de mécanismes défensifs et d'adaptation se rencontrent, de la victimisation et de la traumatisation à la résilience en passant un refoulement plus ou moins durable. Certaines victimes développent une capacité à cicatriser par elle-même, d'autres en s'appuyant sur les ressources du réseau socio-familial. Ainsi, elles parviennent à s'en sortir de manière indemne. Ces personnes se laissent relativement peu entamer psychiquement par ce qu'il leur est arrivé. Elles développent une compétence nommée résilience. Celle-ci dont les déterminants sont encore peu identifiés s'étaye vraisemblablement sur une prédisposition psychogénétique à la force et à l'efficacité face aux petites et grandes tragédies. Ce terme fait donc référence à la potentialité de l'humain à pouvoir rebondir sur des événements traumatiques, c'est-à-dire à les élaborer, à les intérioriser sans nier ou banaliser leurs retentissements sur sa propre existence, entre autres dans les liens, et à pouvoir continuer à construire des projets de vie. Concrètement, la

personne concernée évolue en posant des attitudes créatives renforcées positivement. Par ailleurs, habituellement, un voire plusieurs membres de l'entourage représente(nt) un ou des tuteur(s) de résilience sur le ou lesquelles la victime va pouvoir s'appuyer pour se redonner confiance dans ses ressources positives personnelles. Pour Ansermet, le traumatisme peut être appréhendé comme expérience de crise permettant de relancer les dynamiques individuelles et relationnelles différemment (Ansermet, 2008). L'auteur ne retient pas pour autant le traumatisme comme facteur déterminant, élément de résilience. A l'extrême, dans une forme de fascination à l'égard du traumatisme, d'aucuns pourraient penser que, pour réussir dans la vie, il faut avoir été maltraité. Ansermet invite donc à la prudence estimant intéressant, dans la notion de résilience, l'existence d'une potentialité maintenue ouverte même dans les situations les plus extrêmes.

Face à l'agression sexuelle, chaque enfant étant original et singulier va réagir différemment. Dans sa matérialité, l'abus constitue une expérience dans son monde quotidien et relationnel loin d'être banale (Al Odhayani, Watson, 2013). Les mécanismes de défense vont être mobilisés avec plus ou moins d'efficacité et selon la personnalité de base de la victime. Les manifestations symptomatiques seront liées à ceux-ci. Il n'est guère toujours aisé de déterminer les modalités psychiques défensives et de les qualifier étant donné la pluralité des épistémologies existantes. A titre d'exemple, certains cliniciens parleront de refoulement, d'autres de clivage. Sans les développer, soulignons les travaux d'Hinshelwood qui propose une méthode comparative de ces concepts: « le refoulement engendre des représentations substitutives, alors que le clivage crée un vide et un sentiment de vide. Le refoulement attribue des qualités de conscience différentes aux contenus psychiques et ne fait qu'oblitérer la conflictualité consciente, tandis que le clivage a un effet significatif sur la structure et les fonctions du moi lui-même, laissant un déficit dans le moi. Le clivage, selon la conception de Melanie Klein, est une défense contre l'agressivité, alors que le refoulement est une défense contre les conflits sexuels. Le clivage est un mécanisme de défense du moi immature, tandis que le refoulement est une défense du moi mature. » (Hinshelwood, 2009, p 92).

Ce que l'enfant va vivre et manifester est la conséquence d'une part de la transgression et d'autre part de paramètres tant internes au sujet que relationnels et contextuels et des modifications qui y ont probablement été introduites par la maltraitance. De nombreuses manifestations symptomatiques peuvent s'installer traduisant un vécu tissé d'angoisses, d'insécurité quant à la valeur protectrice du monde. Il connaîtra également des sentiments de solitude, de tristesse, de honte, de culpabilité et parfois de colère plus ou moins secrète, générant le cas échéant de la rage. La destructivité est au service du Moi, celui-ci utilisant l'agressivité et parfois la sexualité, à des fins de sauvegarde de ses limites et de reprise d'un rôle actif face à une menace de débordement et de désorganisation. L'agressivité se transforme en haine avec l'accroissement de l'individuation de l'enfant et de ses capacités réflexives qui permettent l'émergence d'une intentionnalité anti-objectale ou du moins à l'encontre de ce qui vient faire effraction dans le Moi et lui souligner sa vulnérabilité et sa dépendance à l'égard de ce qui n'est pas lui (Jeammet, 2006).

Dans un cadre psychothérapeutique, les enfants confient également souvent le sentiment d'avoir été trahis par celui qui aurait dû les protéger. En général, les enfants psycho-traumatisés laissent voir spontanément ou indirectement tout un cortège de difficultés diverses qui ne s'exprimaient pas significativement avant l'événement traumatique. Nous avons développé celles-ci par ailleurs (Hayez, de Becker, 2010).

En lien avec la notion de destructivité, on peut globalement observer des facteurs dits de gravité et d'autres dits de protection susceptibles de coexister. Si les premiers sont plus

importants, la probabilité est grande que les symptômes soient invalidants et durables en soulignant qu'ils peuvent s'aggraver dans la durée ou apparaître de façon différée. Ainsi un intervalle de temps plus ou moins long, sans trouble apparent, peut exister risquant d'induire en erreur les personnes qui gravitent autour de l'enfant. Si les facteurs de protection sont significatifs, alors l'enfant connaîtra davantage de chances d'une atteinte traumatique modérée et d'une cicatrisation plus ou moins rapide. Remarquons cependant que l'enfant, qu'il se confie ou non, reste bien souvent psycho-traumatisé. En effet, de nombreuses victimes souffrent légitimement de l'évènement traumatique et de ses conséquences ainsi que du sentiment de ne pouvoir activer leurs ressources résilientes. On estime dans ce cas qu'elles sont doublement victimes et de l'agression et de leur vulnérabilité interne (Green, 2007).

Parcourons, succinctement et sans être exhaustifs, ces caractéristiques en lien avec la destructivité liée à l'abus sexuel. Chacune d'entre elles peut constituer un facteur soit protecteur soit de gravité. Nous pouvons aussi mettre en lien les éléments des vignettes cliniques avec l'une ou l'autre de ces caractéristiques (de Becker, Hayez, 2018).

-Nous devons d'abord considérer le tempérament et la personnalité de base de l'enfant. L'impact traumatique sera différent si l'enfant a une faible estime de lui-même, est pessimiste et craintif ou s'il est résilient, optimiste et solide. Dans le même ordre d'idées, les enfants dotés d'un bon équilibre avec un développement harmonieux seront davantage protégés des retentissements de l'agression. Il en est tout autrement dans les cas où le jeune sujet est fragile, mal dans sa peau, ou connaît l'un ou l'autre avatar développemental. Ceci étant souligné, les lignes de fragilité peuvent se révéler alors que l'enfant donnait une impression de solidité et de force psychique. Lui-même est parfois surpris de l'impact massif de l'évènement alors que tout lui indiquait sa capacité à faire face aux aléas de l'existence.

-Un deuxième paramètre concerne l'abus lui-même. Ici, on considère comme facteurs de gravité une période de maltraitance longue avec transgressions fréquentes et une grande imprévisibilité de celles-ci. Le contexte est également essentiel. Ainsi, si l'enfant a été agressé à son domicile, certainement si l'acte a été perpétré dans sa chambre, l'impact traumatique sera majeur. Nous savons combien l'espace de la chambre de l'enfant ou de l'adolescent est affectivement investi. Constituant par essence un lieu sûr, il est dépositaire de l'intime du jeune sujet.

Au niveau des faits, l'effraction corporelle, certainement lorsqu'elle a été réalisée avec brutalité et non consentement, constitue un facteur de gravité élevé. Relevons que la non-effraction du corps n'est pas en soi un indice de bénignité. Si l'abus a été isolé, commis en dehors du domicile ou si l'enfant est parvenu à décider en partie de certains éléments (comme le moment de la transgression), l'indice de gravité sera vraisemblablement moindre.

-Un autre aspect concerne l'auteur. La gravité est particulièrement sévère si l'auteur est adulte et davantage si c'est un membre de la famille ou si l'auteur détient une autorité morale sur la victime. C'est le cas également si l'enfant a été agressé par plusieurs individus. Il semble que l'impact soit moins grand dans les situations d'agression commise par un autre mineur.

-Une quatrième caractéristique aborde la dynamique entre l'auteur et l'enfant concerné ainsi que l'ambiance de l'abus. On se situe en présence de facteurs de gravité élevés dans les contextes effrayants et culpabilisants lorsque l'auteur est animé par l'emprise sur l'autre, qu'il veut posséder le corps et l'esprit de l'enfant. On entend alors l'existence de tromperies sur les valeurs, des distorsions cognitives et des manipulations. A l'inverse, l'enfant sera probablement moins traumatisé dans les situations où il est invité à faire valoir sa curiosité, à

découvrir et à participer aux plaisirs du corps et de la sexualité. La sensualité se mêle aux jeux de séduction entrepris par l'auteur. Ces caractéristiques se retrouvent entre autres dans les cas de figure d'adultes fascinés par l'enfant, désirant le rejoindre dans son monde, l'invitant à aimer les activités proposées. Nous avons réalisé par ailleurs une synthèse des profils d'auteurs avec trait pédophilique (de Becker, Hayez, 2018).

-Viennent enfin tous les éléments liés aux éventuels actes posés et par l'enfant et par l'entourage socio-professionnel en vue de mettre fin à l'abus. Gravité ou protection se rencontreront selon que l'enfant est entendu ou non, s'il est valorisé ou dévalorisé dans le fait d'oser s'exprimer. Nous savons combien la jeune victime peut être disqualifiée quand elle parle, que ce soit par un familier ou un professionnel. Par ailleurs, si la prise en charge peut se révéler de bonne qualité, si l'enfant qui s'est confié peut être correctement accueilli dans un esprit de solidarité et de réelle protection il arrive aussi qu'il doive faire face à l'indifférence voire à la culpabilisation ou au rejet.

Comme nous le constatons, bien des paramètres déterminent la destructivité liée à l'abus sexuel, dont certains sur lesquels la démarche thérapeutique aura des répercussions non négligeables. Soulignons aussi que l'évaluation de l'état de l'enfant victime à un moment déterminé ne présage en rien de son évolution à plus long terme. Comme les vignettes cliniques le montrent, l'extériorisation du trauma peut se révéler sous diverses formes et de nombreuses années après les faits. Selon le mode et le contexte du dévoilement, la position des parents, la qualité du réseau autour de l'enfant, la réaction des professionnels éventuellement impliqués, l'orientation de la situation peut suivre des pistes variées et parfois imprévisibles. Les prises en charge ont fait l'objet de nombreux développements (Haesevoets, 2016). Mettons alors en exergue quelques considérations autour de la parole de l'enfant, issues de notre pratique.

Quand on sait que nombre d'abus sexuels demeurent connus que des deux seuls protagonistes principaux, l'auteur et la victime des faits, veiller à proposer un accompagnement thérapeutique prévient potentiellement de probables souffrances ultérieures. Combien ne rencontrons-nous pas d'adultes en mal-être physique, psychique, relationnel, dont l'origine se situe dans une enfance marquée par l'inadéquation à leur égard, inadéquation restée dans le non-dit ou ayant été mal gérée ? Parler avec l'enfant quand il a eu le courage et la force de dévoiler la maltraitance sexuelle, pour autant qu'une prise en charge efficace soit mise en place, constitue une mission de prévention au niveau individuel ainsi qu'au niveau de la santé publique. En lien avec ce que nous avons évoqué plus haut, l'énonciation, la mise en mots, constitue la modalité thérapeutique par excellence. Une parole exprimée et recueillie soutient un mouvement de ré-humanisation de la personne, personne que l'agresseur a extrait de la communauté humaine par l'acte transgressif posé. La parole autorise le processus d'exonération, de libération et d'atténuation de la portée traumatique. Mais cette parole parfois bien fragile et vacillante a à être protégée également quand elle prend place dans un cadre thérapeutique. S'entendre révéler l'existence d'un abus sexuel, qu'il s'agisse ou non du reflet fidèle de la réalité vécue, demande beaucoup d'expérience au clinicien. En effet, pour l'enfant, être désigné « victime de maltraitance sexuelle » par la société, par l'entourage ou par soi-même, laisse des traces dans le psychisme et sur le plan relationnel. Sa parole, qui traduit une effraction des enveloppes corporelle et psychique, demande à être entendue, accueillie et accompagnée avec respect, prudence et rigueur. Parler avec l'enfant d'une maltraitance sexuelle subie, c'est avant tout en saisir les aspects synchroniques et diachroniques, en tenant compte des divers paramètres subjectifs, intersubjectifs et contextuels qui y participent. Le clinicien est alors invité à mettre en place une relation de

confiance entre l'enfant et lui et ce dans un cadre d'intervention défini. Comme dans tout lien thérapeutique, le temps est un facteur essentiel à respecter. En conséquence, évitons la précipitation, par exemple en précédant l'enfant dans son énonciation ; le risque d'amener la jeune victime au blocage si pas au mutisme est bien réel. Nous sommes aussi attentifs à l'importance de structurer la démarche au risque sinon de ne pas respecter le rythme de l'enfant, de l'enfermer lui et son entourage dans des représentations et interprétations hâtives et erronées. Rappelons aussi que l'enfant peut mentir dans certaines circonstances et notamment s'il se sent menacé par la situation d'entretien (Hayez, de Becker, 2010).

Quoiqu'il en soit, l'objectif vise à écouter, à recueillir une parole, à chercher et à donner du sens à des actes, à des attitudes, pour en évaluer les possibles impacts traumatiques, tout en veillant à mobiliser les ressources individuelles et systémiques. Reconnaissons qu'il peut arriver que nous soyons confrontés au non-sens, total, massif, ou que la jeune victime réfute toute portée signifiante à l'agir sexuel. L'enfant est parfois pris dans un « bain de langage » à son encontre, suggestionné qu'il est par un proche. Soyons également attentifs aux « fausses allégations » spontanées, c'est-à-dire des allégations volontairement mensongères, non conformes à la réalité vécue (Hayez, de Becker, 2010). En dehors de ces quelques cas de figure, l'entreprise de révélation, qui voit l'émergence d'une parole habituellement hésitante, constitue une tentative de l'enfant pour sortir d'un lien d'emprise. Les appréhensions et la culpabilité sont susceptibles de troubler sa pensée et en conséquence, son discours. Comme le souligne Haesevoets, après les événements et la première révélation, le récit de l'enfant peut s'altérer (Haesevoets, 2016). Avec le temps, les souvenirs sont complétés par de multiples éléments nouveaux. Les contingences de la mémoire amènent au remplacement de certains aspects par des informations étrangères aux événements maltraitants. La parole, qui par essence est sélective, n'est pas toujours exprimée au bénéfice du récit. Nous devons également tenir compte des qualifications du discours dans leurs volets d'authenticité et de fiabilité (Hayez, de Becker, 2010).

Au cœur du travail thérapeutique, nous abordons des notions, des vécus de loyauté, d'angoisse, de culpabilité, de colère, de tristesse en ne négligeant pas l'incompréhension dont l'enfant fait état: « pourquoi cela m'est-il arrivé, à moi ? » Cet aspect renvoie aux notions d'attribution (interne ou externe) et de victimisation. Dans l'après-coup, il arrive que la victime d'agression sexuelle se fasse le reproche de ne pas s'être assez méfiée ou défendue. Nourrie par la honte, elle se perçoit comme responsable si pas coupable. A l'inverse, la victime peut se vivre comme innocente et naïve, pleinement abusée moralement et sexuellement par l'adulte. Ce positionnement est éventuellement renforcé par les discours bienveillants à l'emporte-pièce de l'entourage. Dans cette perspective, l'enfant ne peut que se replier sur lui-même dans un processus de traumatisation allant le cas échéant jusqu'au trouble identitaire. Au fil de la prise en charge et comme les vignettes cliniques l'esquissent, nous veillons également à ouvrir l'échange certes avec l'enfant concerné mais également habituellement avec son entourage socio-familial. C'est alors l'occasion d'aborder des thèmes généraux comme ceux qui touchent la sexualité, les types de liens à l'intérieur de la famille ou les relations entretenues avec le monde extérieur. Nous sommes aussi attentifs à soutenir la possibilité de se projeter dans le futur : s'autoriser à penser à l'une ou l'autre perspective d'avenir, oser envisager les retombées à plus long terme, concevoir le maintien ou non de certains liens familiaux. Cette trame doit se concevoir tel un « fil rouge » dont il faut pouvoir se démarquer à l'un ou l'autre moment pour poursuivre le processus d'aide et de soins. La finalité du travail ne se résume pas à parler exclusivement de sexualité dans son pôle transgressif, mais de considérer l'ensemble des éléments d'un contexte singulier impliquant

des individus avec leur personnalité, leur histoire et toute la complexité de leurs modalités relationnelles.

Par ailleurs, si les rencontres de paroles basées sur les courants psychodynamiques et systémiques demeurent des points de référence, reconnaissons le bien-fondé et l'apport d'approches spécifiques contemporaines dans la clinique du trauma. L'EMDR et l'hypnose constituent 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 et/ou l'hypnose, au sein d'un dispositif complexe intégrant également des entretiens classiques individuels, de couple, de fratrie ou encore de famille. A titre d'exemple, certaines victimes seront sensibles à vivre le processus « d'identification à l'agresseur » dans un cadre d'accompagnement hypnothérapeutique autorisant un effet mobilisateur de l'expérience de « chosification » liée à l'abus sexuel. Les rencontres de paroles basées sur les épistémologies psychodynamiques ou systémiques n'ont pas toujours la même portée thérapeutique ou du moins pas dans le temps du patient. 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.

Une autre question peut émerger dès le début de la prise charge. A la suite de Rosenblum, interrogeons-nous sur la potentialité traumatique de la mise en parole du trauma (Rosenblum, 2000). Ainsi, est-il acquis que sa mise au jour par l'énonciation, le travail des représentations et l'historisation, avec la confrontation aux affects catastrophiques, permet d'affronter victorieusement ce qui aurait détruit un Moi immature ? Rien n'est moins sûr. Et plus loin d'interroger s'il existe des traumatismes si précoces et destructeurs des premières organisations neuropsychologiques qu'on ne puisse espérer aucun traitement efficace que ce soit par la parole ou tout autre média. Force est de constater que certaines victimes se replient dans des processus de victimisation et résistent à toute invitation thérapeutique (Ogloff, Cutajar, Mann, Mullen, 2012). Certains mécanismes puissants, comme le clivage ou l'identification projective, enrayent parfois toute velléité de résilience. Le déni constitue parfois le seul biais qui permet de survivre à de l'inhumain. Peut-être aussi ne faut-il pas que les victimes aient été trop atteintes dans des empiètements psychiques pour s'autoriser à se raccrocher à une issue thérapeutique ?... Aussi confrontant que soit ce positionnement, le clinicien est invité à demeurer pleinement et uniquement dans sa fonction d'offre d'aide et de soins.

V. Conclusion

L'abus sexuel représente une thématique transdisciplinaire qui interroge les multiples aspects de la destructivité. Le potentiel traumatogène est intense étant donné la soumission à la jouissance de l'autre régulièrement présente dans ces situations. Et il est vrai que les questions du rapport à l'autre, du désir individuel, de la place de la victime sont particulièrement prégnantes dans nos sociétés actuelles.

Au-delà des aspects somatiques, la maltraitance sexuelle a souvent des répercussions sur le plan émotionnel, cognitif, social, relationnel et comportemental. L'appréhension de ces situations d'abus sexuel nécessite une approche diversifiée à partir du regard sociologique, juridique, psychologique, médical. Une prise en compte par un seul prisme nous semble peu

propice à un accompagnement de qualité permettant l'amendement d'une éventuelle symptomatologie et la mise en place des conditions pour amplifier la résilience.

Bibliographie

Al Odhayani, A., Watson, W. J., Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian Family Physician*, 59(8), 831–836.

Ameisen J.-C. (2003), *La sculpture du vivant. Le suicide cellulaire ou la mort créatrice*, Paris, Le Seuil.

Ameisen J.-C. (2007), *La mort au cœur du vivant*, *Revue française de Psychosomatique*, no 32, pp. 11-44.

Ameisen, J.-C. (2007) « « Nous vivons dans l'oubli de nos métamorphoses... ». La mort et la sculpture du vivant », *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, vol. 62e année, no. 6, , pp. 1253-1283.

Ansermet F., Arminjon M., Magistretti P. (2017) « Plasticité neuronale : les traces et leurs destins », *Épistémologie et méthodologie en psychanalyse et en psychiatrie. Pour un vrai débat avec les neurosciences*. ERES, pp. 19-46.

Ansermet F. (2008) *Ce que la psychanalyse peut apprendre aux neurosciences*. Lettre mensuelle / Ecole de la Cause Freudienne;(271):4-8.

Cherlonneix L., Ameisen J-C (2013) *nouvelle représentation de la vie en biologie et philosophie du vivant* Collectif De Boeck

Coutanceau R., Lemitre S. (2017) *Violences ordinaires ou hors normes, Aux racines de la destructivité humaine* Dunod

de Becker E., Maertens A-M.(2015) *Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle*. *Annales Médico-Psychologiques*, Vol. 173, N°9, p. 805-814.

de Becker E., Hayez J-Y. (2018) *la pédophilie*, collection « Que penser de ? » dirigée par Delhez C. Paris et Namur, éditions Jésuites (ex Editions Fidélité).

Freud S. (1915), *Métapsychologie*, OCF, t. XXIII, Paris, PUF.

Fromm E. (2002) *La passion de détruire. Anatomie de la destructivité humaine* Robert Laffont.

Golse B. (2001) *Du corps à la pensée le fil rouge* PUF Paris

Green A. (2007), *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort ?*, Paris, Éd. du Panama.

Haesevoets Y.-H. (2016) *Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence Un autre regard sur la souffrance psychique* De Boeck

Hayez, J-Y., de Becker, E. (2010). La parole de l'enfant en souffrance. Paris, Dunod.

Hinshelwood, R.-D.(2009) « Refoulement et clivage : Esquisse d'une méthode comparative des concepts », L'Année psychanalytique internationale, vol, no. 1, pp. 83-105.

Jeammet Ph. (2006) Du bébé à l'adolescence : les chemins de la destructivité, le carnet psy, 8, 112, 21-29

Klein M. (1957) La psychanalyse des enfants, Paris, PUF.

Ogloff JRP, Cutajar MC, Mann E, Mullen P.:(2012) Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study, Trends and Issues in Crime and Criminal Justice. Canberra: Australian Institute of Criminology; N° 440.

Ribas D. (2007), La censure du psychanalyste, RFP, t. LXXI, no 3, 647-668.

Ribas, D. (2009) « Pulsion de mort et destructivité », Revue française de psychanalyse, vol. 73, no. 4, pp. 987-1004.

Rosenblum R. (2000), Peut-on mourir de dire ? Sarah Kofman, Primo Levi, RFP, t. LXIV, n° 1, 113-137.

Roussillon R. (2007), Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, Paris, Elsevier-Masson.

Roussillon R. (2009) La destructivité et les formes complexes de la « survivance » de l'objet, Revue française de psychanalyse 4, 73, pp 1005 à 1022

Selvini M. (2008) réinventer la psychothérapie De Boeck.

Zaltzman N. (2007), L'esprit du mal, Paris, Éd. de l'Olivier.