



Victor SIMON

Abus sexuel sur mineur

**Combattre l'intolérable
Rendre à la vie**



ARMAND COLIN

ABUS SEXUEL SUR MINEUR

*Ouvrage publié sous la direction
de Sylvie ANGEL*

Du même auteur

Du bon usage de l'hypnose, Robert Laffont, coll. Réponses, Paris, 2000.

Les troubles fonctionnels et leur traitement, Maloine, Paris, 2002.

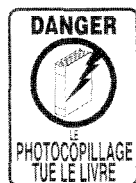
Mieux vivre. Mode d'emploi, coll. sous la dir. de Sylvie Angel, Larousse, Paris, 2002.

Maquette de couverture : Catherine Combier

© Armand Colin/SEJER, Paris, 2004

ISBN 2-200-26516-6

Internet : <http://www.armand-colin.com>



Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur, est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

Docteur Victor SIMON

ABUS SEXUEL SUR MINEUR



ARMAND COLIN

*À Dante et Silmaril,
Michèle,
Julien et Nathalie,
Clément et Mo*

Sommaire

Remerciements.....	11
Avant-propos	15
1. Un crime planétaire	23
2. Au bon chic « libérateur » ?.....	35
3. Une contrainte sans nom	39
L'action directe sur les parties génitales	40
L'action indirecte	40
4. Des signes révélateurs	49
Indicateurs physiques de l'abus sexuel	49
Indicateurs émotionnels et comportementaux	52
Vraies victimes et faux souvenirs	61
Quelques cas en pratique médicale quotidienne ..	64
5. Pendant et après l'abus ?	69
Les critères de l'État de Stress Aigu (l'ESA ou l'ASD).....	71
Les critères du PTSD	73
De la spécificité du Syndrome Post-Abus Sexuel (SPAS)	77
6. Du côté de l'agresseur	81
Les différents types d'agresseurs	81
L'agresseur et ses stratégies	83
Les lieux des agressions	87
7. L'état de la recherche sur les conséquences de l'abus sexuel chez l'homme	91
Le cycle de l'abus	91
Enquête	93

8. Les agressions sexuelles multiples	97
Justification et méthodologie	97
Le type d'agression	98
Le nombre de victimes	99
Le sexe des victimes	100
L'âge des victimes	100
Les antécédents personnels et familiaux des victimes	101
Le profil de l'agresseur	102
Le profil des agressions sexuelles	103
9. Les institutions face à l'abus	107
Les Églises et l'abus sexuel	108
L'Éducation nationale et l'abus sexuel	112
Cas particulier des enfants atteints de maladies chroniques ou handicapés	119
10. Que faire en urgence ?	125
Le dévoilement par l'enfant	125
Après le dévoilement	127
11. Comment aider l'enfant lorsqu'il révèle l'abus	133
À qui s'adresse l'enfant ?	133
La parole de l'enfant	137
Comment recueillir la parole de l'enfant ?	138
Les différents dévoilements	139
12. L'approche thérapeutique des victimes	143
L'approche psychanalytique	143
Les thérapies bifocales	144
La thérapie cognitivo-comportementale	145
Le travail de réseau et la thérapie de réseau	145
La thérapie familiale	146
L'EMDR (<i>Eye Movement Desensitization</i> <i>Reprocessing</i>) ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires	148
L'hypnose médicale ericksonienne	148
Les autres thérapies	151

13. Parcours de soin	153
Les bases de la thérapie	153
La confrontation avec l'abuseur	154
Les lettres réparatrices	157
Les techniques hypnotiques spécifiques	159
Les étapes de la reconstruction de soi	166
14. Paroles de victimes	171
Marianne et son dévoué père	171
Alice et son étrange beau-père	174
Virginie et son instit	178
Perrine à l'école	182
Laura et son demi-frère	191
Bibliographie	201
Sur Internet	201
Adresses utiles	203
Centres de psychothérapie	203
Associations	203
Les travaux scientifiques et de recherche	204

REMERCIEMENTS

À toutes mes patientes et patients qui ont osé un jour sortir du silence et de la souffrance. Je me fais leur porte-parole. Leur courage est immense. Ce livre est l'hommage que je leur rends.

Au Dr Sylvie Angel qui a encouragé la publication de ce travail et prodigué toute son attention et son éternelle bienveillance aux différentes étapes de l'écriture.

À Jean-Christophe Tamisier, éditeur humaniste, dont la personnalité chaleureuse a su m'apporter, dans ce livre complexe et parfois difficile à rédiger, la justesse de l'analyse et les mots qui permettaient de faire avancer l'idée première. Sincèrement reconnaissant.

À ceux qui m'ont aidé dans certaines parties de ce travail par des renseignements essentiels : Dr Gérard Lopez, Dr Nathalie Noulaix, Mr Blanguernon, le Capitaine Delabarre, Martine Boute, Etzel Cardaña, Patrick Grisé, Daniel Simon.

À Anne-Marie Pelsener, qui a réussi à déchiffrer mes notes et à les rendre lisibles par son art du clavier.

Briser

*Il est entré dans ma vie par effraction
Il m'a fait penser que j'étais l'objet de son affection
Je le croyais digne de confiance
Que le connaître était une chance
Je suis vite devenue captive à ses pulsions
Me mesurer à lui, il n'en était pas question.
Peu à peu, la crainte m'a dominée
À ses caprices, j'ai failli céder
Il n'était plus le même
Il a fallu qu'en moi il sème
La peur tenace d'avancer
Ce débordant rejet.
Il est parti, mais a laissé une trace
Quoi que je fasse rien ne l'efface
Aujourd'hui, j'ai peur des réprimandes
Il n'y a rien que je commande
Au fond de moi, tout se casse
Je pense sans cesse à cette effroyable menace.
Voilà comment on peut détruire un enfant
Profiter ouvertement qu'il soit innocent
Faire de son corps une chose
De son âme et de son esprit une symbiose
L'empêcher de devenir adolescent
Le détruire à jamais absolument.*

Perrine, 14 ans,
abusée par son maître d'école

Avant-propos

Ce livre est un cri ! Le cri de toutes les souffrances sans nom inscrites dans le corps meurtri, l'esprit éclaté et désagrégé de celui ou celle qui a subi un abus sexuel. La douleur que traînent ces survivants est la conséquence directe de la perversion de leur abuseur : mal-être permanent, pesant, chape de plomb et boulet à la fois, dont l'origine n'est quasiment jamais identifiée. Comment font-ils donc pour arriver à vivre, à survivre ?

Bien avant l'abus, pendant et après ce drame, la victime doit développer des capacités de survie pour elle toute seule : le plus souvent, elle se tait.

Ce silence sert à maintenir une homéostasie, c'est-à-dire un « équilibre » au sein d'une famille que l'on peut déjà qualifier de pathologique. Une attention plus particulière doit en effet être portée à la cellule familiale : car nous le savons tous, hélas, c'est au sein de sa propre famille que l'enfant court les plus grands dangers... La toxicité de la maltraitance au sein de certaines familles la place même au premier rang de la mortalité infantile, bien avant les décès dus à la maladie...

Car il est des familles, dites « à transactions incestueuses », dans lesquelles l'inceste et/ou l'abus extérieur tacitement accepté constituent une façon de communiquer et d'inter-agir ; l'inceste s'y répète parfois depuis plusieurs générations.

L'enfant abusé, qui ignore totalement la gravité de l'acte subi, sait néanmoins inconsciemment que ce qu'il vit n'est pas normal. Mais il évolue dans une telle ambiance d'instabilité qu'il pressent que révéler l'abus aggraverait sa situation vis-à-vis de ses parents et de sa proche famille. Il est donc ligoté par une double contrainte : « si je me tais, ça continue, si je parle, ce sera pire ! ». Victoire du bourreau, défaite écrasante de sa petite victime. Et tout le monde peut continuer dans le silence assourdissant de cette souffrance sans fin !

Ce silence aura un coût élevé pour l'enfant : des symptômes corporels s'installent brutalement ou à bas bruit, des troubles du comportement également. Si personne n'y prend garde, tout semble se calmer, telle une source dans son trajet souterrain. Mais pour réapparaître de façon nettement plus sévère au bout de quelques semaines à quelques mois, si aucun des membres de la famille, la mère le plus souvent, ne prend garde aux différents signaux de détresse envoyés par l'enfant. C'est en l'absence d'attention et de soins que la trajectoire de vie s'infléchira de façon permanente pour aller, le cas échéant, jusqu'à la tentative de suicide : les abusés se suicident deux fois plus que la population normale !

Toute une gamme de troubles aussi étranges qu'inexpliqués apparaît, disparaît, réapparaît, accompagnée de symptômes aussi inattendus que surprenants : les traitements se multiplient, efficaces un moment, puis c'est la rechute. Certains des patients que nous recevons ont déjà bénéficié de quelques approches psychothérapiques, qui ont mis au jour quelquefois l'inceste (pas toujours, étonnant !), mais jamais un travail spécifique à cette souffrance n'a été mis en œuvre. Certaines approches se contentent d'évoquer la situation de l'inceste ou de l'abus, sans restaurer ni restructurer la victime. Il faut donc que le sujet fasse aussi ce travail pour guérir et passer du stade de victime et de survivant à celui de vivant, apte à diriger pleinement et activement son existence.

*

* *

Toutes les formes d'abus sur les enfants et pré-adolescents perdurent aujourd'hui encore, de manière généralement masquée et honteuse, mais infiniment réelle. Un certain nombre de cultures « traditionnelles » admettent encore l'inceste. Les pouvoirs politiques des pays qui les hébergent tentent, à la demande d'organisations mondiales ou humanitaires, d'enrayer le phénomène, mais la résistance rencontrée est aussi forte que dans le cas de la circoncision des garçons adolescents ou de l'excision

des filles. Plus largement, dans de nombreux pays pauvres, il est courant encore que l'enfant soit prostitué par ses parents, afin de contribuer financièrement à la vie et la survie familiales ; et les mafias se chargent d'organiser ce pur et simple esclavage qu'encourage notamment le « tourisme sexuel » occidental.

Mais que penser de nos sociétés, supposées démocratiques et développées, où subsistent de primitifs rituels de bizutage, et où, bien plus grave, des bulles nauséabondes affluent régulièrement à la surface des eaux lisses de notre « normalité » ? La lecture de la presse durant quelques mois suffirait à constituer très vite un énorme dossier où voisineraient les activités souvent meurtrières de pervers isolés et des scandales énormes faisant un temps vaciller la meilleure société : affaire Dutroux en Belgique, disparues de l'Yonne en France, implication d'officiels dans des réseaux pédophiles au Portugal, mises en cause des institutions ecclésiastiques ou de l'école, etc. Aucun pays n'y échappe, et ce qui parvient au jour n'est en réalité que la partie émergée de l'iceberg.

Le silence qui a longtemps plané sur l'abus sexuel et l'inceste, et qui ne laissait passer que quelques affaires impossibles à étouffer totalement (comme, par exemple, l'affaire des ballets roses, impliquant le président de l'Assemblée nationale et d'autres notables de la IV^e République) semble en tout cas désormais rompu, à défaut d'avoir disparu complètement. La conscience publique n'est plus totalement démunie face aux diverses *omertà*, le public souhaite regarder la réalité en face, et l'impunité n'est plus acquise d'avance aux coupables. On le doit à l'évolution des mentalités, et plus particulièrement à l'onde de choc et aux effets de l'affaire Dutroux en Belgique. La mise en lumière des agissements de cet assassin pédophile, criminel, bourreau et rabatteur à la fois, a provoqué un haut-le-cœur tel que les populations européennes se sentent depuis lors directement et massivement concernées. Les associations de défense d'enfants ont vu leur rôle se renforcer, les médias sont devenus plus attentifs.

Cette affaire, qui ne fut que le prélude à d'autres s'enchaînant implacablement d'une région à l'autre, d'une capitale régionale à une petite ville, aura été le révélateur de mœurs que l'on pouvait soupçonner, mais rarement à ce degré d'horreur, puisque certaines incluaient des sévices et des morts d'enfants lors de soirées dignes des pires écrits de Sade. Les maffieux ne sont jamais très loin dans ces histoires dramatiques, les réseaux sont redoutablement bien implantés et organisés, de telle sorte qu'il existe suffisamment de notables de différents horizons (politiques – parfois à un niveau très élevé – religieux, administratifs, et issus de la société dite civile) pour protéger le système contre toute intrusion qui mettrait en danger ces réseaux. Ce qui n'arrive malheureusement qu'à l'annonce d'une mort « accidentelle » malencontreusement découverte, ou d'une dénonciation.

Il serait naïf de croire que de tels réseaux occultes ne continuent pas de sévir. Les enquêtes policières ou judiciaires ne sont toujours pas à l'abri d'un blocage par les contre-feux allumés par des notables bien pensants, au langage fleuri et pétri d'humanité, de solidarité et d'autres sentiments vertueux, derrière lesquels se cache une réalité plus sordide : des malades, de grands pervers, criminels de surcroît, se repaissant de la chair et de la souffrance de leurs petites victimes, fussent-elles des nourrissons !

Mais il reste que, depuis l'affaire Dutroux, le nombre de révélations d'abus a augmenté, aussi bien dans les cabinets des médecins que dans ceux des juges. Le pouvoir politique, en retard – comme toujours – sur ce phénomène, a dû prendre des dispositions juridiques et administratives de protection de l'enfance.

*

* *

Tout n'est d'ailleurs pas limpide, même de ce côté. Lors de procédures de divorce, des pères ou des mères utilisent désormais leurs enfants en les incitant à se déclarer abusés par l'autre parent, afin de négocier – en cas de retrait de la plainte – des conditions financières avantageuses avant le jugement et la décision de justice, parfois même pour tenter d'obtenir une déchéance parentale. Paradoxe des paradoxes : la loi, faite pour protéger de l'abus, protège également les abuseurs de tous ordres. Demander à un enfant d'accuser son père d'avoir abusé sexuellement de lui, cela ne constitue-t-il pas un premier abus avant la lettre ?

Ce livre est basé sur mon expérience libérale médicale de la clinique et de la thérapie dans mon cabinet privé. Initialement spécialiste des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, je me suis retrouvé confronté à une catégorie de patients, des femmes en particulier, dont les symptômes ne répondaient pas de façon satisfaisante à des traitements pourtant bien adaptés, codifiés et parfaitement suivis. Mon insatisfaction m'a alors conduit à m'orienter vers une approche psychosomatique, puis psychothérapique.

Des formations aux thérapies comportementales, à l'approche psychanalytique, à l'hypnose et à la psychothérapie ericksoniennes, à la thérapie brève systémique individuelle, à la thérapie systémique familiale (selon le modèle de Palo Alto), ainsi qu'à l'ostéopathie et à la médecine énergétique manuelle m'ont permis d'enrichir le faisceau de mes approches thérapeutiques, et surtout, grâce à des rencontres avec des confrères français, québécois, américains, d'intégrer la notion du traumatisme psychique dans certaines pathologies. L'abus sexuel réalisant l'un des psychotraumatismes les plus graves dans la vie d'un enfant ou d'un adulte.

La quasi-totalité des cas cliniques que j'ai rencontrés relève de l'abus sur enfant. Ils s'expriment sous la forme de troubles à expression médicale ordinaire. Le jeune adulte ou l'adulte consultant émettaient des doléances et des plaintes à expression

somatique ou psychologique ; alors que l'abus était ancien, avait cessé, mais n'avait jamais été abordé dans une orientation de prise en charge thérapeutique.

*

* *

Toute l'étendue des symptômes cliniques dont se plaignent l'enfant et l'adulte doit être connue des parents, médecins, psychologues, infirmières, enseignants, intervenants sociaux, juristes, policiers et gendarmes. C'est le but de ce livre : éclairer de façon suffisante ces ténèbres aveuglantes, faire sortir du silence éclatant ces enfants sidérés d'effroi, entendre ces cris muets de solitude et de détresse.

On pointera donc un certain nombre de situations essentielles à la compréhension de l'abus, en s'attachant à éclaircir la compréhension de ce qu'il faut entendre par ce terme, et en mettant en lumière ses conséquences sur la vie ultérieure et les perspectives thérapeutiques. En résumé, il s'agit pour nous, dans le cadre de ce travail :

- d'attirer l'attention des familles et des autorités sur la « banalité et la banalisation » de ces graves anomalies que constituent l'abus sexuel et l'inceste ;

- d'apprendre à reconnaître, sans se complaire dans une obsession dévastatrice, les signaux émis par l'enfant et les signes cliniques qui permettent de repérer des situations d'abus en cours, récents ou anciens. Une multitude de signaux sont émis par la victime, mais elle est « ligotée » par le silence imposé par l'abuseur. À nous, professionnels de santé, et parents adultes aussi, d'apprendre à les reconnaître, à les repérer au milieu de cette souffrance par un questionnement attentif, respectueux et non directif ;

- de rappeler à tous quels sont les risques et les lieux à haut risque pour les enfants, des lieux notamment où le sport, le plein air, la musique, et d'autres activités encore peuvent fournir autant de prétextes ;

- d'aider les enfants à exprimer toutes les souffrances qu'ils pourraient avoir envie de partager et, surtout, de leur apprendre à dire non et à se défendre ;

- dans le cas d'une révélation faite par l'enfant, de montrer comment se comporter avec lui pour lui permettre de tout exprimer sans souffrance ni sentiment de trahison ;

- d'indiquer les mesures à prendre rapidement afin de protéger l'enfant contre une récidive ;

- de préciser les démarches administratives à effectuer pour mettre en œuvre un processus de sécurité pour l'enfant et surtout de réparation, la réparation sociale et judiciaire étant aussi importante que la thérapie qu'il faudra mettre en œuvre aussitôt après la déclaration auprès de services judiciaires ou policiers. La pratique du réseau thérapeutique étant primordiale.

La partie thérapeutique centrée sur les victimes sera, bien évidemment, la plus développée. Les différentes approches seront présentées, ainsi que celle, personnelle, que j'utilise en pratique quotidienne avec les adultes ayant été abusés dans des délais parfois supérieurs à quarante et cinquante ans.

Dr Victor Simon

1

Un crime planétaire

Les hommes sont si bêtes qu'une violence
répétée finit par leur paraître un droit.

Claude Adrien Helvétius

De tout temps, les enfants ont été exposés aux désirs – au désir également – des adultes. Dans de nombreuses cultures, occidentales ou autres, leur lot commun aura été, des siècles durant, la soumission à un système sociopolitique fondé sur l'obéissance au *pater familias* qui détenait un droit de vie et de mort, fût-elle symbolique, sur ses enfants.

Depuis la Grèce Antique, où tout homme de bien devait avoir un éphèbe qui le « servait », mais lui servait aussi d'objet sexuel, que d'enfants, de par le monde, abandonnés, vendus, mariés de force, expulsés de leur maison natale ou simplement offerts aux puissants, seigneur, congrégation ou autre !

Qu'en est-il, concrètement, dans le monde d'aujourd'hui ?

*

* *

L'Organisation mondiale de la santé, collecte, par le biais de ses services disséminés dans tous les pays, y compris dans les pays en voie de développement, des informations qui s'ajoutent à celles des organismes humanitaires ou caritatifs. Elles sont de toute façon effroyables, et vraisemblablement en dessous de la vérité.

Les données cliniques et statistiques publiées en France comme dans les pays étrangers se recoupent, les différences observées s'expliquent par les aspects culturels propres à chacun

La France n'aura pas fait exception et l'exploitation sexuelle des enfants au cours des temps y est avérée. En plein siècle des Lumières, il était courant de faire venir des enfants de province, destinés aux clients pédophiles de la capitale. Le plus souvent, ces enfants mouraient en quelques mois des sévices qu'ils subissaient ou de complications infectieuses, ceux qui survivaient étaient exploités un peu plus longtemps¹.

À considérer notre histoire, le XVIII^e siècle apparaît comme une période charnière. La famille n'est pas encore une structure affective. Elle correspond à une structure économique, politique et sociale régentée par le père. Celui-ci exige de tous ceux qui vivent sous son toit et dont il a la charge, obéissance et soumission. La maison familiale est à l'image du royaume, l'autorité paternelle s'y exerce comme le pouvoir souverain, d'une manière absolue. Le pouvoir royal et le pouvoir domestique s'appuient l'un sur l'autre pour assujettir chacun et reproduire un fonctionnement basé sur l'inégalité et la hiérarchie. Les enfants ne sont pas libres de leurs désirs, et doivent se plier aux stratégies décidées par le père.

Mais des transformations profondes s'opèrent. La vieille génération ne peut plus imposer si facilement ses conditions à la jeune génération ; celle-ci prétend décider librement de ses choix amoureux, et le fondement de la société patriarcale vacille en même temps que s'impose cette idée neuve, celle du bonheur individuel. Si s'enclenche ainsi le grand mouvement libérateur qui mènera progressivement au triomphe « officiel » des idées de respect de la personne de l'autre et du droit exclusif qu'elle a sur son corps, il est curieux de noter la présence dans la littérature française du XVIII^e siècle, certes à la marge, d'une mise en scène de l'inceste où celui-ci, loin d'apparaître comme un effroyable abus de pouvoir, se charge d'un tout autre sens. Le père incestueux n'incarne plus la Loi, il se présente comme une instance qui se veut libératrice, annulant ainsi la distance autoritaire et hiérarchique entre père et enfant. Préfiguration « transgressive » du modèle bourgeois d'un père tendre, aimant, cherchant à créer avec ses enfants une intimité et une intensité affectives².

1. F. Gruyèze, M. Fadier-Nisse, P. Sabourin, *La violence impensable*, Paris, Nathan, 1991.

2. Lydia-Flem Olender, in *Violence des familles*, Paris, Autrement, coll. « Mutations », n° 168.

des systèmes sociaux et politiques observés. Toutes concordent dans leurs conclusions : un tiers des filles ont subi un abus sexuel avant leur adolescence.

L'enquête effectuée par le Pr Daniel Halperin, chef du Service de pédiatrie de l'Hôpital des Enfants Malades de Genève est significative. La presse médicale scientifique étudie et chiffre l'ampleur du problème de l'inceste et de l'abus sexuel. *Une fille sur trois est victime d'une agression sexuelle avant l'adolescence*. Cette étude, publiée dans le *British Medical Journal* (col. 312, 25 mai 1996), concerne des adolescents suisses : sur 1 116 élèves genevois de 13 à 17 ans ayant répondu à un questionnaire anonyme, 192 filles (33,8 %) et 60 garçons (10,9 %) ont déclaré avoir subi au moins une fois une agression sexuelle, plusieurs fois pour 33 % d'entre eux. 20,4 % des filles et 3,3 % des garçons ont subi une agression sous forme d'un contact physique. Pour 5,6 % des filles et 1,1 % des garçons, l'agression a compris une pénétration.

Dans près de 50 % des cas, la première agression sexuelle a eu lieu avant l'âge de 12 ans. À l'époque de l'étude, 4,6 % des victimes subissaient encore ces sévices. Les deux tiers des victimes connaissaient les auteurs des agressions : il s'agissait d'une personne de la famille pour 20,5 % des filles et 6,3 % des garçons.

Pour 35 % de l'ensemble des cas, il s'agissait d'un membre du même groupe d'âge (13-17 ans) : ce chiffre devrait susciter d'autres études, car il révèle le caractère traumatisant des premières expériences sexuelles chez l'adolescente qui semblent parfois se dérouler dans une ambiance de contrainte, même avec un partenaire du même âge, ou dans des conditions pas toujours très favorables pour la fille. Dans tous les cas, 9 fois sur 10 l'agresseur est un homme.

Ces chiffres confirment ceux d'autres enquêtes, comme celle effectuée auprès de 2 000 jeunes élèves et lycéens américains âgés de 10 à 16 ans : 23,5 % des filles et 9,6 % des garçons déclaraient avoir subi au moins une agression sexuelle. Cette étude révèle également que les sévices sexuels sont

d'autant plus nocifs pour les enfants qu'ils sont répétitifs, perpétrés par des membres de la famille ou accompagnés de menaces ou de violences. De nombreuses victimes ont été choquées à la suite d'une forme d'agression « banale » : l'exhibitionnisme. Toutes les victimes ont souligné combien leur expérience était difficile à révéler et que leurs abuseurs ont exigé le secret absolu. L'espoir vient de la participation et de l'implication des adolescents dans cette étude : ils démontrent ainsi qu'ils peuvent contribuer à une prévention plus efficace de ce « phénomène social universel ».

Les statistiques officielles de divers pays en voie de développement confirment cette propension spécifiquement humaine à faire de l'enfant un objet de plaisir, alors que l'animal, même dans son cerveau archaïque et primitif ne s'attaque pas à ses petits.

- En Ouganda, 50 % des filles de l'école primaire sexuellement actives indiquent qu'elles ont été forcées à avoir des relations sexuelles¹.

- Dans le cadre d'une enquête faite auprès de 134 hommes et de 202 femmes entre 25 et 44 ans au Nicaragua, 27 % des femmes et 19 % des hommes ont indiqué avoir subi des abus sexuels pendant l'enfance ou l'adolescence².

- Un tiers de toutes les victimes des viols notifiés en Inde a moins de 16 ans et, de 1991 à 1998, l'incidence est passée à 26 % dans le groupe d'âge 10-16 ans³.

- Au Sri-Lanka, 7,4 % des 314 hommes jeunes enquêtés ont indiqué qu'ils avaient été forcés à avoir des relations sexuelles avec un homme plus âgé, alors qu'ils avaient 13 ans ou moins⁴.

1. The Allan Guttmacher Institute, 1998.

2. T. Sellix, *Fact sheet on adolescents in peril. The HIV/AIDS Pandemic*, Washington DC, Advocates for Youth, 1996.

3. E. Weisse, *Presentation to USAID, Youth and sexual risk in Sri-Lanka*, Washington DC, International Center for Research on Women, 1997.

4. L. Delano, *Sexual Abuse and Violence in Sub-Saharan Africa*, Advocates for Youth, Washington DC, 1998.

– Au Zimbabwe, 30 % des 549 élèves des écoles secondaires ont indiqué avoir subi des abus sexuels. La moitié des garçons a subi des abus sexuels perpétrés par des femmes¹.

– La totalité de 143 jeunes de la rue au Guatemala, questionnés dans le cadre d'une étude de 1991, a indiqué avoir subi des abus sexuels, souvent de la part de plusieurs agresseurs – 53 % de la part de membres de la famille (souvent des beaux-pères), 6 % de la part d'amis, 3 % de la part de voisins et 46 % de la part d'étrangers.

Quant aux pays de l'ancien bloc socialiste, malgré le niveau de conscience politique et culturelle installé d'une main de fer par les régimes communistes, ils ont vu cette barbarie spécifique réapparaître : ces pays sont les principaux pourvoyeurs de prostitués pour l'Europe et l'Orient (jeunes filles et enfants, garçons ou filles).

L'ex-URSS offre un exemple intéressant de l'importance du regard social et culturel. Sous le régime soviétique, les écolières portaient un uniforme pour se rendre aux cours, notamment des jupettes à peu près aussi courtes que celles portées par les joueuses de tennis, et nul ne trouvait matière à focaliser sur elles du désir comme cela aurait été le cas ailleurs sur des filles pré-pubères qui apparaissaient totalement neutres sexuellement ! Lolita est, certes, l'invention d'un écrivain russe exilé aux États-Unis, Nabokov, mais la notion ne faisait clairement pas « sens » dans son pays d'origine. Autrement dit, on ne pense pas à mal quand on n'a pas été suggestionné pour... Depuis, les choses ont bien changé, et la jeunesse pauvre des pays de l'ex-URSS est devenue un vrai produit d'exportation vers les trottoirs et les lieux de plaisir de l'Occident et du Moyen-Orient. Un pays riche comme le Japon, où règne le fantasme de la petite culotte pré-nubile, est préservé par sa richesse d'une évolution aussi sinistre...

1. L.A. Stewart, G. Sebastiani, Delgado, G. Lopez, January 1995. Dealing with Sexual Abuse in Adolescents Casa Alianza, *Street Children-An Overview*, 1995.

*

* *

S'agissant du monde occidental, on a tendance à penser que le niveau de conscience atteint au fil des siècles, la référence constante au respect d'autrui et aux droits de l'Homme et de l'Enfant, devraient constituer un garde-fou efficace. En réalité, tout cela n'empêche rien, et donne seulement aux faits une coloration particulière (mauvaise conscience, aspects transgressifs et pervers). La conscience civique ou religieuse, les valeurs familiales sont inopérantes. L'expérience clinique révèle, en outre, qu'aucune classe sociale n'est épargnée : le monde rural, ouvrier, la bourgeoisie, le monde ecclésiastique, militaire et même politique – à tous les niveaux – sont exposés de façon régulière et constante au risque d'abus sexuel et d'inceste. Les cas cliniques présentés, tous issus de ma pratique médicale quotidienne en témoignent.

Au-delà de la donne délictueuse, en soi passablement terrifiante, on ne peut manquer de s'insurger contre un certain climat social où le corps de l'enfant ou du pré-adolescent est couramment présenté et mis en scène un comme objet de désir potentiel. Ce martèlement constant, publicitaire et autre, sous l'impulsion d'un « jeunisme » exacerbé, impose à tous comme modèle de beauté incontournable des corps adolescents, qu'il s'agisse de mannequins anorexiques de seize ans employées pour figurer des femmes adultes – qui ne sauraient avoir de tels physiques – ou, à l'inverse, de ces actrices de séries californiennes à l'insolente poitrine siliconée qui, à vingt-cinq ans, jouent les adolescentes de quinze ans... Le modèle Lolita est présenté comme normal à de petites Cendrillon dont on s'extasiera qu'elles prennent la pilule à quatorze ans.

Il est étrange de voir à quel point notre société s'acharne à faire valoir des corps pré-adolescents, sexués, mais neutres, comme des corps désirants ou propres à susciter le désir. Comme s'il fallait, alors même que la durée de vie s'allonge et que l'adolescence tend à s'éterniser, s'empresse d'entrer dans

la ronde de la séduction, à vrai dire grand support de consommation, qu'il s'agisse des strings pour cour de récréation, des produits cosmétiques ou des travaux de chirurgie esthétique, désormais entrepris parfois dès l'âge pré pubère !

La simple lucidité, et non le rigorisme moral ou une paranoïa de grincheux, porte à s'interroger sur le message que véhiculent tant de séries, d'émissions de télévision ou de radio, et d'articles d'une certaine presse s'adressant aux « jeunes ». Au fait, à quel âge n'est-on plus jeune ? Ce qu'on y voit ou lit est révélateur du « politiquement correct » en termes de jeunisme, mais atterrissant pour les médecins et thérapeutes. On distille ainsi une idéologie du plaisir à tout prix – mais à quel prix ? – qui pose plus de vrais-faux problèmes qu'elle n'apporte de vraies solutions, engendre des pathologies physiques et psychiques chez ceux qui ne correspondent pas à cette norme, et, surtout, expose les jeunes filles « en fleur » à tous les risques d'une sexualité pernicieusement suggérée comme un impératif catégorique. C'est en cela qu'il s'agit d'une autre forme d'abus, bien différente d'une authentique agression sexuelle, telle que définie par nos juristes.

Autre point important : la fragilité de certaines personnalités masculines, garçons, adolescents ou adultes, face à ces situations hautement stimulantes aux plans sensoriel et émotionnel. Il arrive parfois, dans certaines familles, que l'interdit de l'inceste n'ait pas été assez clair, parfois même jamais abordé directement ou indirectement, voire raillé par des propos machistes ou véhiculant des messages donnant implicitement l'autorisation de passage à l'acte. Sans parler des familles à transactions incestueuses, où la mère est incapable de s'opposer, parfois complice, où les hommes sont autorisés à se comporter comme bon leur semble. Là, règne un climat général dans lequel les films pornographiques tiennent souvent lieu d'unique vecteur d'éducation sexuelle pour les adolescents...

Un autre facteur de risque est le développement des réseaux : téléphone, puis Minitel, Internet enfin... Étrange

monde où l'hyper communication tue la communication entre les êtres, pour les abaisser à des échanges sexuels sans rencontre, archaïques et bestiaux, quand ils ne restent pas purement virtuels. Enfin, le tourisme sexuel fait des ravages, dernier palier de la descente aux enfers de grands malades, obligés de « s'expatrier » pour aller tenter de « soigner » leur névrose et leur incapacité à entrer en relation avec l'Autre, celui ou celle qu'il faudrait découvrir patiemment, avec qui il faudrait s'engager avec des sentiments et des émotions vrais, des actes authentiques. Dure, l'authenticité, de nos jours !

Ces sujets, issus de tous les milieux sociaux, sont beaucoup plus exposés au risque de passage à l'acte, puisque l'interdit ne leur a pas été posé, qu'ils sont l'objet de ces stimulations issues de leur propre imaginaire, mais aussi des différents messages qu'ils reçoivent. Freud ne disait-il pas que la libido est incompressible ? Seule la décharge sexuelle et émotionnelle permettra de la faire baisser, mais pour combien de temps ? Et comment ? Avec qui ? Attention, vampires !

On pourrait imaginer que l'abuseur est un grand malade, un pervers, qui hait ces beaux enfants qui osent être heureux et sourire, qui dansent et qui chantent en se déhanchant comme des stars. Certains ont même pu écrire et penser que les abuseurs avaient été victimes d'abus sexuels dans leur enfance. Des travaux ont montré que cette affirmation ne correspondait pas à la réalité, qu'il n'y avait pas plus d'abuseurs chez les personnes ayant subi cette violence dans leur enfance ou leur adolescence. Par contre, cette affirmation a permis à nombre d'abuseurs d'être acquittés par un tribunal.

*

*

*

Comment en sommes-nous arrivés là ? Cette question revient constamment dans le discours de ceux qui, un jour, ont été confrontés à cette terrible épreuve : la découverte d'un abus sexuel sur leur enfant. Peut-être faut-il chercher une partie de la réponse tout simplement dans le rythme de la vie ordinaire, avec son cortège de choses tout aussi ordinaires à réaliser quotidiennement, en essayant de ne pas se laisser dépasser par certains événements de vie personnelle, familiale ou professionnelle. Cette routine anesthésie souvent notre capacité émotionnelle et d'observation, nous déconnecte d'une réalité environnante, parfois difficilement supportable. Certes, certains signaux de malaise, de mal-être, de souffrance, de désadaptation apparaissent quelquefois, souvent rapportés à quelque fatigue, stress ou virus. Rarement à une souffrance authentique. Mais qui prête attention en permanence à cet enfant qui change de façon étrange, étonnante, sans raison apparente, qui se plaint sans dire ou énoncer l'objet de sa plainte ? Étrange vie que nous offrons à nos petits, vie d'enfant-roi, vie d'enfant qui doit « pousser » tout seul, ou vie d'enfant déjà « abandonné » au milieu des siens qui le regardent et ne le comprennent pas !

Comment avons-nous laissé faire ? Cette question revient tout aussi fréquemment, le plus souvent dans une détresse et une incompréhension totales de cette situation qui dépasse ceux qui la vivent. Mais aussi, ils n'ont pas pu, voulu, osé dénoncer ce dont il ne fallait absolument pas parler. Il est des silences dramatiques pour ceux qui les vivent et pour ceux qui se taisent, perçus par les abuseurs comme un encouragement ou au moins une neutralité désengagée, un « laisser-faire » qui autorise et pérennise ce crime.

Notre société, passée en quelques décennies de l'exploitation de l'enfant (jusqu'au début du XX^e siècle) au règne de l'enfant-roi, n'a pas réussi à lui donner une place réelle au sein de la famille et de la société. Traditionnelle et/ou rigide, ouverte et/ou chaotique, ou tout cela ensemble : déstructuration de la position des parents en charge de l'autorité, des enfants parfois abandonnés à eux-mêmes en raison du travail

des deux parents, apparition dans les années 1960 d'un concept de « jeunes » et de « copains » véhiculant, en fait, un immense marché commercial bien ciblé. Cette culture a fait émerger une classe d'enfants et d'adolescents sensibles à cette argumentation, que le phénomène de mode vestimentaire, musical, de langage (*ouah, t'es trop cool, la meuf !*) répète à l'envi. Les barrières de résistance spontanée à l'intrusion psychique ambiante deviennent de ce fait plus perméables à d'autres suggestions relevant du domaine de la sensualité et, puisque nous en sommes très proches, de la sexualité.

La boucle est bouclée, l'enfant-roi tombe dans la trappe. Il ne dispose pas d'un système de défense très élaboré : ce qu'il a appris et surtout ce qu'il n'a pas appris de ses parents et de sa famille ne lui permet nullement de se protéger du bourreau qui l'attend patiemment. Le « marché » est vaste, n'est-ce pas ?

Ne pas se laisser abuser... par les mots !

La notion d'abus, dans le contexte présent, est habituelle mais peu rigoureuse si l'on veut bien se rappeler que selon la définition courante, celle des dictionnaires, l'abus qualifie un excès, une exagération dangereuse. Ici, on n'est pas dans ce registre. Il n'existe pas de limite à partir de laquelle ce type de rapport envers un enfant deviendrait excessif, on est dans la transgression dès l'abord. L'usage du mot « abus » résulte sans doute de la traduction de l'anglais *abuse*, qui correspond à cette réalité et est donc un « faux ami ». Quoi qu'il en soit, le terme est malencontreusement utilisé en langue française, dans la définition de l'Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS) par exemple :

« L'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes, ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. »

La substitution du mot « abus » par agression ou atteinte sexuelle serait plus appropriée et en parfaite conformité avec les dispositions du Code pénal.

Dans le même ordre d'idées, il faudrait éviter l'expression « se faire violer » au profit « d'être violée » pour bien signifier que le viol est commis sur une victime non consentante, livrée sans défense à un criminel dominateur ; bannir l'expression médiatique « tournante » qui banalise le crime de viol collectif en en faisant une sorte de jeu (les jeunes ne s'y trompent pas lorsqu'ils parlent de « plan pétasse ») ; et surveiller son vocabulaire lorsque l'on parle de viol ou d'agression sexuelle, car le langage entretient le déni ou banalise le crime au profit des agresseurs qui parlent d'erreur, de dérapage, d'incompréhension, etc.

2

Au bon chic « libérateur » ?

La pédophilie n'a pas manqué de s'inventer de splendides justifications. Sans remonter à la pédophilie grecque, aux ambiances viriles des écoles de cadets ou au culte à la Montherlant des amitiés particulières, ni prendre vraiment au sérieux l'attrait exalté d'un Gabriel Matzneff pour le féminin prépubère, on peut aujourd'hui jeter un regard rétrospectif quelque peu étonné sur maints propos et publications du contexte soixante-huitard et post-soixante-huitard.

Un devoir de mémoire générationnel devrait ici s'exercer – car il y a eu du dégât ! – comme cela a été le cas pour les exactions de Vichy et de ses bourreaux ou pour les hauts faits tortionnaires de la guerre d'Algérie. Gageons que ni aujourd'hui ni demain matin nous ne verrons un enthousiaste d'alors avoir le courage d'auto-analyser les étrangetés de son *bildung-roman* pour rendre compte intelligemment et de manière utile pour tous de la logique de dérapage où lui et bien d'autres s'étaient enfoncés.

Il est indiscutable, en tout cas, que l'esprit de la révolution sexuelle, issu des campus californiens, et renforcé par une opiniâtreté politique toute continentale, a parfois gravement mordu le trait.

Pensons par exemple au climat romanesque de l'œuvre d'un Tony Duvert (*L'Île atlantique*, etc.) ou, dans un genre moins directement suspect et littérairement indiscutable, au *Roi des Aulnes* de Tournier.

Mais surtout, puisque la création littéraire a ses droits que nul ne songe à discuter, souvenons-nous de ces palanquées de pétitions qui ont circulé naguère, réclamant une plus grande

liberté sexuelle pour les enfants. Ainsi, celle qui suivit la comparution, le 27 janvier 1977, devant la cour d'assises des Yvelines, de trois hommes inculpés d'« attentats à la pudeur sans violence sur mineurs de moins de 15 ans », en l'occurrence des adolescents de 13 et 14. La pétition, publiée dans la foulée, proteste contre les trois ans de détention préventive infligés aux coupables, car « les enfants n'ont pas été victimes de la moindre violence » et ils étaient « consentants ».

À l'époque, comme aujourd'hui, le concept même de consentement n'est pas admis par la loi française en cas de relation sexuelle entre un adulte et un enfant de moins de 15 ans : on considère, dans tous les cas de figure, qu'il s'agit d'un abus sexuel, crime ou délit selon la qualification. Les signataires demandent : « Si une fille de 13 ans a droit à la pilule, c'est pour quoi faire ? » Suit un bataillon de noms prestigieux de l'intelligentsia d'alors – et d'aujourd'hui encore – que le curieux pourra toujours retrouver.

Quelque temps plus tard, une lettre ouverte à la commission de révision du Code pénal – jouant sur la confusion des actes commis sur des moins de 15 ans par des adultes ou par des mineurs de 15 à 18 ans – exige que cette « infraction » ne soit plus jugée en tant que crime et qu'on tienne compte « essentiellement du consentement du mineur ». Lettre signée par une multitude de personnalités...

En mars 1979, pour soutenir Gérard R., un pédophile qui attend son procès depuis dix-huit mois, une lettre publiée à la page courrier du journal *Libération* accuse la « morale d'État » :

« Ce que vise l'ordre moral, c'est le maintien de la soumission des enfants-mineur(e)s au pouvoir adulte. »

Cette lettre appelle les lecteurs, en particulier les femmes, apparemment rétives, à signer le texte suivant :

« L'amour des enfants est aussi l'amour de leur corps. Le désir et les jeux sexuels librement consentis ont leur place dans les rapports

entre enfants et adultes. Voilà ce que pensait et vivait Gérard R. avec des fillettes de 6 à 12 ans dont l'épanouissement attestait aux yeux de tous, y compris de leurs parents, le bonheur qu'elles trouvaient avec lui. »

Au bas de ce texte, 63 signatures de choix...

La question n'est pas de faire de l'« outing », même si l'envie peut parfois vous en démanger, avouons-le, ni surtout de favoriser l'idée qu'il y aurait eu un lien systématique entre positions affichées, souvent par parti pris idéologique, dans une espèce d'innocence d'irresponsable (quoique, dans certains cas...). Prenons plutôt cela comme une expression estimée très progressiste, dans un certain climat. Et qui s'est révélée, au regard de faits précis, être une absurdité aussi grave que la justification de la torture par l'intérêt national ou de l'élimination des ennemis du peuple par la nécessité absolue de la construction d'un avenir radieux... D'ailleurs, à l'occasion, les mêmes, depuis reconvertis dans la plus parfaite des corrections politiques, ont donné dans ces différents travers et n'en sont pas moins restés de forts gaillards donneurs de leçons : leur affaire, après tout !

Qui oserait, aujourd'hui, publier ou signer des textes qui traduisent une confusion totale des rôles entre enfants et adultes ? La loi, remodelée, n'a pas beaucoup changé depuis cette époque. Elle est sans doute appliquée avec moins de sévérité pour les 15-18 ans – un adulte n'a le droit de coucher avec eux qu'avec leur consentement, à condition de ne pas être parent ou en situation d'autorité. Plus d'un quart de siècle plus tard, comment ces pétitionnaires analysent-ils leur démarche passée et la langue de bois à laquelle ils se sont soumis ? Ont-ils conscience d'avoir, au passage, cautionné par leur signature des jeux de mots peut-être, mais aussi, et plus vraisemblablement, les actes d'authentiques pervers stratégiquement immiscés dans leurs relations, tout comme les vrais délinquants qui s'étaient introduits dans ces milieux « révolutionnaires » pour déguiser habilement et de façon romantique leur violence

physique ainsi que leurs pulsions meurtrières ou de grand banditisme ?

S'agissant du fonds d'idées qui a motivé ces errements, il y a lieu de s'interroger sur son aspect de fait profondément régressif. Le combat contre « l'ordre moral bourgeois » et la volonté de « faire sauter tous les verrous », loin d'être foncièrement libérateur, traduisait sans doute une angoisse assez pathétique devant l'obligation d'intégrer la société adulte, qui s'est trouvée alors de pseudo-justifications intellectuelles. Dans cette espèce de rousseauisme teinté d'un zeste de lecture du marquis de Sade et d'un soupçon de freudo-marxisme, l'enfant, préservé de l'horreur du devenir adulte (c'est évident dans *l'Île atlantique*, de Tony Duvert), pouvait apparaître comme le détenteur d'une nature humaine authentique et non corrompue par l'ordre répressif et destructeur de la beauté des êtres, ordre instauré par la « société bourgeoise ». Avec, ce que le Rousseau de *l'Émile* n'eut jamais admis, inclusion de pulsions sexuelles actives en tant que trait d'authenticité de l'être jeune, vers lequel il devait finalement être très salutaire de se tourner... Un genre de vampirisme moral en paravent de pratiques criminelles, reconnues comme telles non pas en fonction d'un contexte de retour actuel à un quelconque ordre moral, mais sur la base d'une connaissance effective et bien établie de ce qu'il en est du développement de l'enfant et de son rapport à la sexualité. En fin de compte, toute cette exaltation pédophilique de bon ton était le fait de non-adultes « dans leur tête », singes savants doctrinaires comme des collégiens mal finis, mais encombrés d'une sexualité effective qui devait bien trouver à s'exprimer... Le problème est que certains n'ont toujours pas grandi.

Tout cela ne relèverait finalement que d'un avatar assez grotesque de l'histoire des idées contemporaines si l'un des traits évidents de la société d'aujourd'hui, le jeunisme, si plaisamment utilisé à son profit par l'économie de marché débridée, n'y avait trouvé matière à un enracinement *soft* dans les esprits d'une grande partie de la population.

3

Une contrainte sans nom

L'abus sexuel est une relation sous contrainte (à différents degrés de contrainte) entre deux personnes, l'une exerçant un pouvoir et une emprise sur l'autre, qui doit se soumettre car elle n'a pas d'autre choix. Cette interaction a pour but d'obtenir une satisfaction sexuelle de l'abuseur, soit par une action directe sur les parties génitales ou des zones assimilées à des zones de plaisir, soit par une action indirecte utilisant des contraintes d'ordre verbal, visuel, tactile, et autres pressions morales et psychologiques.

Les personnes entrant en relation avec un enfant, un adolescent, un jeune ou un adulte handicapé, un enfant porteur d'une maladie grave ou chronique, sont très souvent investies par les parents, d'une autorité, d'un pouvoir direct ou délégué. Il peut s'agir d'un proche parent, d'un ami de la famille, d'un enseignant, d'un prêtre, d'un éducateur, d'un professionnel de santé. L'enfant est invité à accepter cette autorité et à s'y soumettre : « Tu seras bien gentil et bien obéissant, je compte sur toi pour donner l'exemple ! ». La stratégie de l'abuseur, dans ce cas de figure, est bien rodée et redoutable : il place l'enfant dans une situation dans laquelle il lui est impossible de refuser ce qu'il lui demande : véritable double contrainte, où, quoi qu'il fasse, il « fait faux ».

La particularité de l'inceste est qu'au sens strict, il suppose un lien de sang entre la victime et l'abusé. Le lien familial et la position d'autorité conférée par ce lien n'autorisent pas le refus ou le rendent difficile, d'autant plus que la violence intra-familiale, souvent présente dans un tel contexte, place l'enfant dans une situation globale de soumission. On peut toutefois élargir la notion d'inceste à l'abus sexuel de la part de toute

personne à qui l'enfant aura été confié par les parents qui, implicitement, lui délèguent ainsi une autorité parentale. Tout au moins, on est fondé à considérer que l'abus exercé sur ces bases prend un caractère incestueux.

L'action directe sur les parties génitales

Elle peut être de plusieurs ordres et de différents niveaux : entre l'abuseur et sa victime, sur une tierce personne, voire dans des groupes (viols en groupe, partouzes). Elle peut se dérouler sur la victime, sur l'abuseur, ou les deux à la fois.

- les caresses corporelles, un peu plus appuyées et orientées que la normale : sur les fesses, les jambes et les cuisses, la poitrine, même naissante, le sexe ;
- les baisers avec introduction de la langue dans la bouche (le baiser sur les lèvres est culturellement admis dans les pays occidentaux et de l'Europe de l'Est) ;
- les baisers et léchage des parties sexuelles ou à vocation sexuelle (fellation, cunnilingus) ;
- la masturbation de l'un par l'autre, de l'un ou de l'autre, ou les deux en même temps ;
- la pénétration vaginale et/ou anale (sodomie) ou les deux, s'accompagnant parfois d'introduction d'objets de tous ordres.

L'action indirecte

Elle est beaucoup plus subtile : elle utilise des techniques différentes de communication verbale ou non verbale.

La contrainte verbale

Elle débute par le simple compliment qui dérape très rapidement vers le compliment appuyé. Apparaît subrepticement une insinuation à connotation amoureuse – « tu es ma petite fiancée, je t'aime plus que ta maman, tu sais ! » – ou sexuelle qui trouble l'enfant en raison du caractère confusionnant de la phrase : il ne comprend pas très bien, mais il est troublé par le

contenu du propos. Il a en effet entendu parler « les grands », ne connaît pas le détail, ni la suite. Technique de séduction simple, accompagnée de gestes et de démonstrations d'affection.

Il peut s'agir d'histoires du type « conte de fées » que l'adulte raconte à l'enfant, inventant une vie personnelle riche, pleine de joies et de plaisirs pour les enfants. La pitié peut aussi être utilisée : solitude, tristesse, abandon, mort, handicap et détresse, sont autant de situations qui vont déclencher un processus émotionnel qui fragilise l'enfant en éveillant chez lui ses propres peurs. État de fascination qui abaisse et effondre les défenses psychiques de l'enfant comme de l'adulte : le bourreau attend patiemment que se brisent les défenses de sa victime pour obtenir ce qu'il désire.

La contrainte visuelle

Le regard de l'abuseur est une constante régulièrement rapportée par les victimes qui le décrivent toutes avec une grande intensité émotionnelle. Dans un contexte particulier – ivresse, violence verbale ou physique, mère absente du domicile (parfois même présente et témoin), fatigue de l'enfant au cours d'une réunion familiale – ou simplement au cours d'une « banale » conversation avec l'enfant, l'abuseur adresse un regard particulier, accompagné d'une discrète gestuelle (main, regard fixe, battement de cils, mouvement de paupière et froncement de sourcils) qui ordonne à l'enfant, sans mot dire, qu'il doit aller dans sa chambre ou se rendre dans une pièce particulière. Plus pervers encore : l'abuseur se propose « d'aller coucher la petite qui tombe de sommeil, la pauvre ! ». L'enfant est alors ligoté dans une double contrainte : s'il refuse, il se fait gronder, en acceptant, il sait aussi la suite ! L'enfant obéit toujours à cette injonction du regard, de peur de provoquer un nouvel épisode de violence, et aussi pour protéger sa famille, ses frères et sœurs. Des patientes m'ont raconté comment elles repéraient ce regard qui s'adressait à leur petite sœur. Elles s'opposaient alors à leur père en lui disant « non, pas elle, laisse-la tranquille, j'y vais à sa place ! » Il existe des martyrs silencieux qui ne seront jamais canonisés.

Nous examinerons plus loin comment cette situation de fascination, que certains auteurs ont pu appeler hypnotique, révèle en fait un état de dissociation psychique de l'enfant : une partie de lui obéit, l'autre sait qu'il ne faut pas, il est présent et ailleurs en même temps. Mais la double contrainte l'oblige à obéir, elle est donc plus puissante que cet état particulier. En fait, l'hypnose médicale ericksonienne est l'une des meilleures indications thérapeutiques de l'abus : la victime qui se dissocie systématiquement avant, pendant et après les abus est en effet un « expert » en dissociation. L'hypnose médicale lui permettra, au cours de sa thérapie, de se ré-associer et de sortir de cette souffrance en réorganisant son monde intérieur pour guérir. Cet aspect sera longuement développé dans un chapitre ultérieur.

Une autre forme de contrainte visuelle utilise les livres d'art, des tableaux de nus par exemple, ou de photographies d'enfants ou de groupe d'enfants nus, se livrant ou non à des jeux sexuels, quand il ne s'agit pas directement de regarder ensemble des cassettes vidéo pornographiques. Notons au passage que les films pornographiques, dits érotiques dans les journaux, réalisent des traumatismes psychologiques et stimulent l'auto-érotisme chez des enfants encore dans la phase de latence de la pré-puberté. Il existe un danger réel de passage à l'acte avec des enfants du même âge, ou dans une tranche d'âge différente (le grand cousin de 16 ans avec ses petites cousines de 9 ans, par exemple). La frontière n'est plus parfaitement définie, surtout si les enfants s'aperçoivent que leurs parents possèdent ce type de films. Quand la frontière est perméable, tous les interdits sautent implicitement.

Il faut également prendre garde à ces adultes, parents le plus souvent, qui se promènent nus devant leurs enfants. C'est tout à fait possible jusqu'à un certain âge, mais lorsque l'enfant se différencie parfaitement, il dit clairement que cette situation le gêne, surtout le regard porté sur lui. Il faut donc respecter cette demande. Obliger sa fille adolescente à poser nue ou la poitrine dénudée, sous prétexte de photographie d'art ou de

travaux de peinture d'art, relève également d'un comportement incestueux. C'est ce que déclarent les jeunes femmes qui me racontent ce souvenir traumatique.

Stéphanie s'est vue contrainte, entre 16 et 19 ans, de poser nue pour son père qui désirait faire de la photo d'art. Il faisait des gros plans de sa poitrine et de son sexe, qu'il développait lui-même, montrait à ses amis, jamais à elle. À 40 ans, elle exprime encore cette souffrance, et quand elle demande des explications à son père, il ne comprend pas sa révolte !

Les contraintes tactiles

Elles débutent par le simple geste affectueux : effleurement de la main, du visage, du cou et des épaules, mais le contexte est particulier, dans un rapport de puissance et de soumission, où le non-dit est omniprésent et pesant. Le geste devient alors plus précis et plus marqué, faussement involontaire. Attention aux « massages » proposés par l'ami de la famille, toujours bien intentionné, sans arrière-pensées bien évidemment, juste pour soulager et détendre. Il vaut mieux que l'enfant soit accompagné par un parent dans la pièce où il se déroule.

Élizabeth, 27 ans, n'arrive pas à finir sa thèse de doctorat en lettres : depuis deux ans elle « cale ». À la question posée, elle me raconte que son professeur de piano se rendait chez elle toutes les semaines, et lui effleurait les mains pendant le cours, puis sa main glissait dans sa culotte alors que les parents se trouvaient dans la pièce contiguë au salon, porte ouverte ! Et lui demandaient de jouer un peu mieux, d'être attentive aux explications de ce professeur si dévoué ! L'analogie avec son problème universitaire apparaît très vite : son directeur de thèse adopte avec elle un comportement où le harcèlement sexuel est habilement dissimulé.

Les contraintes physiques

Ce sont les plus nocives, car elles opèrent dans un contexte répétitif au sein de la vie familiale ordinaire.

Le bain : le père ou la mère insistent sur une toilette parfaite de la vulve, de l'anus ou du prépuce « qu'il faut décalotter

à tout prix pour éviter un phimosis ». Cette hygiène par trop intrusive relève d'une problématique des parents : elle n'est pas justifiée sur le plan médical.

Marilyne, jeune étudiante en psychologie à Montréal, me raconte, dans l'avion qui vole vers le Québec, qu'elle souffre de douleurs abdominales depuis sa petite enfance. Les examens sont toujours normaux. À la question posée, elle me répond que sa sœur et elle ont dû se plier, à la mort de leur mère, à la surveillance du père pendant le bain jusqu'à l'âge de 16 ans : tous les jours, il leur passait lui-même un coton-tige dans la vulve. Sa sœur aînée a été abusée par le père. Elle s'est enfuie de la maison pour lui échapper.

L'obligation de porter des vêtements inappropriés à la maison, des tenues souvent décalées par rapport à l'âge de l'enfant : ces petites filles maquillées et coiffées comme des starlettes, que l'on habille en Lolita avec des vêtements qui ne sont pas adaptés à leur âge, des tenues exotiques.

Dormir dans la chambre des parents au-delà du premier mois de la vie est nocif pour le couple et pour l'enfant. L'enfant entend, sans les comprendre, les bruits et les gémissements de ses parents quand ils ont des rapports sexuels. Cela l'effraie : « mais pourquoi il bat maman ? » Des patientes m'ont rapporté que lorsqu'elles dormaient dans le lit de leurs parents, leur père leur demandait de se mettre au bout du lit et de se tourner sur le côté en fermant les yeux, pendant qu'il avait un rapport avec sa femme. Comble de l'horreur, après l'acte, la fille avait le droit de se placer entre les parents, le dos contre le ventre du père. Je vous épargne le détail de ce qu'elle pouvait ressentir et de son malaise, surtout quand la main du père se retrouvait, *par mégarde*, entre les cuisses de l'enfant.

Les soins médicaux et infirmiers prescrits dans le cadre d'un traitement peuvent être mal vécus par l'enfant : lavements évacuateurs, quand il ne s'agit pas de l'extraction au doigt de matières fécales lorsque la constipation persiste, soins de la

région vulvaire, vaginale et anale, injection intra-musculaire dans la fesse.

— Que perçoit un enfant abusé ?—

D'abord un immense malaise, car il ne réalise pas immédiatement la totalité de la situation. Il est tout d'abord l'objet d'une séduction, quand il ne s'agit pas d'une contrainte violente directe. Dans les deux cas, il ne peut s'opposer ni physiquement ni moralement. Le déroulement de la situation lui échappe, il est obligé de se soumettre aux ordres qu'il reçoit et n'est pas capable de recul dans cette situation.

Il lui reste une solution de survie : se dissocier de la situation présente, *faire comme s'il était mort ou vivre cela de façon automatique, sans émotion ni pensée*. Bien souvent, lorsqu'il est soumis à une manipulation de la part d'une personne plus âgée que lui, l'enfant endure passivement l'abus, de peur de subir d'autres violences physiques ou des punitions. Il sent confusément le caractère inhabituel de la situation et identifie qu'il s'agit de quelque chose d'anormal. Mais il n'a pas les mots pour le dire, ou la capacité de l'élaborer pour donner un sens réel à la situation.

C'est dans cette faille physique et psychique que s'engouffrent les abuseurs-agresseurs. Tous tiennent le même langage : « ils n'ont pas souffert, ils étaient consentants, ils étaient d'accord pour recommencer, et en plus ils ressentaient du plaisir. Voire en redemandaient ». Étrange tentative de justification de la part de ces vampires qui fascinent leur victime, la paralysent, la terrorisent et la détruisent... *pour lui donner du plaisir...* en fait, pour leur bon plaisir, mais cela, ils le taisent ! Parfois même, ils expliquent à l'enfant qu'ils lui font cela pour son bien, qu'il apprend ainsi des choses qui lui seront utiles plus tard, que c'est même une façon de lui dire combien il est beau et digne d'être aimé... à condition de se taire ! Effroi, terreur d'être puni, d'être rejeté, chassé de la maison. Ou de mourir puni par Dieu ou tué par ses parents s'ils l'apprennent...

Que ces vampires qui osent dire que l'enfant a eu du plaisir le sachent : toute muqueuse génitale excitée chez l'enfant engendre un plaisir qui est d'ordre physiologique, par sécrétion d'une hormone, l'ocytocine, par exemple. Dans ce cas précis, il ne s'agit pas d'une réponse émotionnelle ou amoureuse. Mais cette confusion des genres les arrange bien et leur permet de tenter de justifier ces comportements abjects, au nom de philosophie dites libératrices ou *new age*.

L'enfant face à la pornographie adulte

La diffusion de nombreux supports écrits, vidéos, télévisés ou cinématographiques a modifié l'attitude de notre société face à ce choix de laisser entrer la pornographie – élégamment renommée érotisme – au sein des foyers. Les ciseaux d'Anastasie, la sainte patronne de la censure, ont trop longtemps coupé les genoux, les cuisses et les décolletés de nos speakerines de la télé des années 1960. Autres temps, autres mœurs ! Le balancier a fait comme toujours le trajet inverse : d'un excès à l'autre !

La révolution des mœurs et la libération sexuelle qui ont accompagné la connaissance intime de la psychologie de la sexualité, ajoutées à la libération de la femme du risque d'une grossesse non désirée après l'apparition de la contraception, ont modifié l'attitude de toute une génération qui est passée du « Tout interdit » à « Interdit d'interdire ». Vaste champ multi-exploré, sans cesse labouré, semé d'embûches et de chiendent que personne n'a pensé à ôter. Et dans lequel a fleuri une étrange société qui a détruit les ciseaux d'Anastasie irrémédiablement, en oubliant que les enfants à venir allaient être confrontés à cette situation qu'eux-mêmes n'avaient pas eue à gérer.

Comment apprendre aux autres ce qu'on n'a pas appris, ce que l'on a enfoui dans l'interdit ou la culpabilité ? Solution la plus simple : tout permettre, en dédramatisant – comment faire autrement ? surtout quand il n'existe pas d'autre réponse : « tu vois c'est normal, c'est un homme et une femme, qui s'aiment, comme Papa et Maman ». À la différence que nous sommes passés de l'imaginaire au réel, du simplement et discrètement érotique et suggestif au plus souvent sordide et bestial quand la notion d'amour n'est pas envisageable.

Comment un enfant, garçon ou fille, observant sur un écran TV deux femmes et trois hommes (ou plus) s'adonnant à une sexualité pour le moins atypique peut-il avoir une vision juste et adéquate de ce que peut être l'amour physique entre ses parents ? Quand les gros plans se concentrent sur les organes sexuels ou d'autres lieux de plaisir adulte, pouvez-vous imaginer l'état de questionnement et de fascination d'un enfant de 7 ou 10 ans et les pensées qui peuvent l'agiter ? D'abord au sujet de ses parents quand ils vont se coucher... Et, plus tard, quel regard portera-t-il sur les autres hommes ou femmes qu'il sera amené à croiser tout au long de sa vie ? Si les viols en bande, les agressions sexuelles multiples, les abus sexuels sont en augmentation, ce n'est pas seulement parce que les médias en parlent. La violence de ces images

sur l'esprit d'un enfant, qui n'a pas la possibilité de porter un jugement de valeur ou de garder une distance émotionnelle suffisante face à elles, déstructure sa capacité à hiérarchiser des comportements sociaux ou asociaux. Si l'interdit de l'inceste et de l'abus n'a pas été explicitement énoncé, le passage à l'acte en est largement facilité.

Ce qui est normal n'est pas montré, ce qui ne l'est pas est largement exploité et diffusé. Éros ou Thanatos ?

Isabelle, 45 ans, me parle en pleurant de la violence qu'elle a vécue quand elle avait 10 ans : sa mère et son père l'immobilisaient de force devant ses frères et sœurs également terrorisés, pour lui administrer un lavement, puis lui soulevaient sa robe en baissant sa culotte, de force à nouveau, pour que le médecin de campagne lui fasse sa piqûre quotidienne dans la fesse. Sa souffrance et sa révolte persistent encore, plus de 35 ans après : elle parle de viol de la part de ses parents et déteste sa mère qui n'a pas su respecter et protéger son intimité.

En conclusion, les situations d'abus sexuel potentiel sont omniprésentes dans la vie, mais fort heureusement, le passage à l'acte n'est pas inéluctable. Aussi faut-il rester attentif au respect de l'enfant, dans son corps et son être, de telle sorte que nulle situation ne vienne perturber la construction de ses mondes intérieur et extérieur. Il n'est nul besoin de posséder une culture psychologique étendue pour savoir respecter la vie d'un enfant. Pas plus que d'être un fin limier pour apprendre à repérer les jeux pervers qui s'instaurent parfois au sein des familles.

4

Des signes révélateurs

Quels sont, demandera-t-on, les signes cliniques évoquant soit un abus sexuel en cours, soit un abus récent ou ancien ? Le lecteur doit être averti d'un certain nombre de points : aucun de ces signes n'a de valeur spécifique et ne prouve avec certitude un abus sexuel. Il s'agit de signes tellement ordinaires que personne n'y prête attention. Sans entrer dans une suspicion paranoïaque vis-à-vis de nos proches ou de nos contemporains, il est toujours utile d'intégrer ces signes ou signaux envoyés par l'enfant dans un contexte particulier : que se passait-il à ce moment-là, où et chez qui était l'enfant, qui était présent à l'époque ou juste après que les signes se sont installés ? Bien souvent, l'enfant est incapable d'exprimer ce qu'il a vécu et subi, il est contraint au silence par des menaces directes et une manipulation mentale. La présence de ces symptômes doit mettre en alerte les parents et les personnes en charge du bien-être, de l'équilibre et de la santé physique et mentale de l'enfant.

Il n'est pas nécessaire que tous les signes soient présents pour affirmer ou suspecter l'abus sexuel. De nombreux symptômes, tous aussi surprenants qu'inattendus, sont les signes d'appel au secours qu'utilise l'enfant, langage du corps que seules des personnes sensibilisées peuvent décoder. Il est donc utile que tout adulte ou parent puisse connaître ce langage du corps, car l'enfant ne sait pas ou ne peut pas dire ou révéler ce qu'il vit ou a subi.

Indicateurs physiques de l'abus sexuel

– Un symptôme doit attirer immédiatement l'attention, tant des parents que des médecins ou thérapeutes : l'apparition

d'une activité auto-érotique compulsive bien avant la puberté¹. Il ne s'agit pas de jeux sensuels classiques et banals chez le jeune enfant, mais bien d'une activité érotique allant de l'introduction d'objets dans le vagin et l'anus jusqu'à des épisodes de masturbation : l'enfant utilise des positions qui stimulent le clitoris ou le pénis, jusqu'à la décharge de plaisir, qu'il renouvelle à plusieurs reprises dans son lit ou dans la journée, à la maison comme en dehors de chez lui.

Jean-Baptiste, 9 ans, consulte pour une énurésie apparue depuis un an. Son père, officier supérieur de l'armée est en mission à l'étranger et doit rentrer dans quelques semaines. L'enfant dort mal, fait des cauchemars : un chevalier noir l'attaque toutes les nuits. Il se cache sous ses draps, se roule en boule et se balance d'avant en arrière en ressentant une sensation de plaisir et de chaleur dans le sexe et le bas-ventre. Il répète cela plusieurs fois par semaine, parfois deux ou trois fois dans la nuit. Après plusieurs entretiens, il parle spontanément des attouchements que lui fait subir son père quand il est à la maison.

– Les douleurs abdominales apparues après un séjour hors de la maison : l'enfant est confié à des parents ou à des amis pour un week-end ou des vacances. À son retour, il se plaint de quelques douleurs au ventre, ainsi que de quelques désordres gastro-intestinaux, qui répondent mal aux traitements habituels, et surtout persistent après le retour à la maison. Notons que l'enfant ne se plaignait jamais de douleurs avant ce séjour. D'autres signes peuvent être présents : constipation ou encoprisie (perte du contrôle du sphincter anal), parfois associée à une énurésie (perte de contrôle de l'émission des urines, tant de jour que de nuit).

– Une difficulté à la marche ou à s'asseoir est souvent en rapport avec des lésions anales ou génitales. Elle témoigne d'un abus récent et doit faire rechercher précocement ces atteintes.

1. F. Gruyeux, M. Fadier-Nisse, P. Sabourin, *La violence impensable*, Paris, Nathan, 1991.

Arnaud, 8 ans, rentre d'un match de football avec des camarades et des enfants du quartier dans un terrain vague que les enfants ont aménagé. Il rentre, agité, pleurniche et dit avoir mal aux jambes : c'est normal, lui dit sa mère ! Mais il présente une étrange boiterie : il marche les jambes raides, serre les fesses en marchant, grimace quand il s'assoit, ressent des douleurs vives en allant à la selle. L'examen proctologique qui a lieu en raison de saignements par l'anus, qui attirent enfin l'attention des parents, révèle des lésions inflammatoires de l'anus et une fissure profonde, entraînée par le forçage du canal anal : mise au jour de l'abus par un adolescent qui ne faisait pas partie de l'équipe.

– L'enfant rentre chez lui avec des sous-vêtements déchirés, tachés de sang : il dit avoir chuté ou avoir glissé d'un arbre ou être tombé de vélo. Il a peur de se faire gronder ou punir, et, surtout, il se tait.

– Il se plaint de douleurs des zones génitales qui doivent être immédiatement investiguées par un médecin, afin de rechercher des contusions, des excoriations, des lacérations, une inflammation, un œdème ou des saignements inexplicables des parties génitales externes, du vagin ou de l'anus. Il faudra y associer la recherche de sang dans les urines ou dans les selles.

– L'enfant peut se plaindre également de douleurs génitales ou rectales : douleurs lorsqu'il va à la selle, en raison d'une fissure ou d'une déchirure partielle ou totale du sphincter ; il peut être atteint, de façon anormalement précoce, de maladies sexuellement transmissibles. Douleurs vaginales profondes, souvent surinfectées, avec déchirure vaginale étendue quelquefois au périnée.

Ces lésions et troubles sur lesquels il faut s'interroger systématiquement évoluent toujours dans une ambiance particulière. L'enfant, qui était gai, a perdu sa joie de vivre qui le caractérisait, il pleurniche souvent, s'accroche à la personne qui lui semble être la plus apte à le protéger. Il faut donc s'attacher à noter et à rechercher des modifications récentes de l'humeur et du comportement de l'enfant.

Indicateurs émotionnels et comportementaux

Chez le jeune enfant

– Le petit bébé ou le très jeune enfant devient surexcité lors des changements de couche. Il hurle, s'agite, se débat et ne supporte plus qu'on le change ou qu'on le nettoie. Il a connu quelque chose qui s'est gravé dans sa mémoire corporelle et en repère désormais la séquence et surtout la conséquence. Il se défend, comme il peut !

– Un peu plus âgé, l'enfant devient agité, car il est anxieux de ce qui peut lui arriver et lutte contre cette sensation par cette hyperactivité. Il se montre exigeant et revendicateur, crie pour rien ou manifeste une agitation anxieuse.

– Possibilité inverse : cet enfant, naguère si souvent frondeur et rebelle, se montre étonnamment obéissant, voire soumis !

– Il peut manifester des problèmes d'attention, de concentration : il est devenu rêveur, se perd dans un brouillard, semble vivre dans un monde imaginaire et, en classe, se voit accusé de perturber le travail des autres en ne suivant plus comme auparavant. Conséquence : chute brutale et inattendue des résultats scolaires.

– Il peut présenter des symptômes psychotiques, avec des bouffées délirantes et tous les signes classiques de dépression chez l'enfant.

– Le pire arrive quand il affiche, ou mime, des comportements sexuels avec d'autres enfants, des jouets, des animaux, et se montre parfois d'une agressivité incontrôlable vis-à-vis de ses proches. Il s'introduit des objets dans le vagin ou le rectum, ou protège son sexe par des petites poupées ou des figurines représentant son monde intérieur et aussi son objet transitionnel (le fameux « doudou ») : nains, Superman, Blanche Neige, poupée, etc.

– Dans d'autres cas, il adopte un comportement régressif infantin et puéril : il se remet à sucer son pouce, devient énrétique, alors qu'il était propre, parle « bébé », etc.

– Peuvent apparaître également des troubles du comportement : il devient excessivement attaché, obéissant ou dépendant

vis-à-vis d'une personne bien précise. Cela est dû à une terreur familiale ambiante, une perte de sa propre estime, une culpabilité aussi.

Tiffany, 6 ans, adore le nouveau compagnon de sa maman, divorcée. Il est gentil, affectueux, joue avec elle, la câline beaucoup. Au sortir d'un repas familial chez les grands-parents, elle allume le poste de télévision, s'assoit cuisses écartées sur le divan et dit au compagnon de sa mère : « viens me caresser la zézette, comme à la maison ! » Stupeur de la famille.

– Des troubles du sommeil apparaissent, notamment des cauchemars ou une peur du noir, peur d'aller au lit, s'accompagnant de hurlements, de phobies : peur d'une ombre noire, d'un fantôme, de l'obscurité, avec des rituels de vérification sous le lit, dans les placards, etc.

– La famille constate un changement du comportement alimentaire à type de crises de boulimie, ou bien, au contraire, une perte d'appétit évoluant en quelques mois vers une véritable anorexie mentale.

– Peut apparaître un arrêt de la croissance, bien connu sous la dénomination de « nanisme psychosocial ». Il est en rapport avec des troubles du sommeil (peur et terreur d'être abusé pendant la nuit) qui modifient la sécrétion nocturne de l'hormone de croissance. La thérapie et/ou l'hospitalisation permettent la reprise de la courbe de croissance de l'enfant. Des troubles du cycle menstruel apparaissent à la puberté : aménorrhée (arrêt des règles).

– Il faut être très attentif et prudent quand l'enfant se met à protester de façon soudaine lorsqu'il est confié à quelqu'un qu'il connaît, déclare en pleurant qu'il ne veut plus le voir et dit de lui qu'il « n'est pas gentil », ou « méchant avec moi ». Il peut s'agir d'un membre de la famille, d'un voisin, d'un ami, d'un baby-sitter, etc.

Camille, 6 ans, refuse d'aller passer le week-end chez son oncle. « Je ne l'aime pas, il n'est pas gentil avec moi ». Elle se fait gronder par son père et sa mère qui affirment que Tonton Jean est un amour d'oncle, que

Camille est sa nièce préférée, qu'il lui offre toujours des cadeaux. Elle se plie à la décision de ses parents. Il faudra qu'une autre cousine, plus âgée, révèle plus tard les comportements du Tonton pour que Camille puisse enfin parler des pratiques de l'oncle.

– Parfois, l'enfant énonce une peur de se rendre dans une zone particulière de sa maison, ou chez un membre de la famille, ou bien craint d'être laissé seul avec une personne d'un sexe particulier.

Caroline, 12 ans, passe chaque année ses vacances dans une grande maison familiale : on est très « famille-famille », me dit-elle avec un regard qui en dit long... Elle déteste les vacances d'été, cette maison, et surtout le couloir en haut de l'escalier : sa chambre est à côté de celle de son cousin, de 5 ans son aîné : pendant tout le séjour, les cousins et cousines doivent, chacun à leur tour « y passer » un moment. Elle révèle cela en thérapie, 20 ans plus tard.

– L'enfant envoie un signal indirect en refusant, sans raison apparente, de se rendre chez un parent ou un ami. A *contrario*, on observe quelquefois un excès d'affection envers des personnes étrangères au milieu familial, et l'on se demande alors d'où lui vient cette affection débordante, surtout lorsqu'il manifeste un intérêt par trop prononcé envers le corps des personnes et fait preuve d'une connaissance et d'une compréhension détaillées et précoces de comportements sexuels qu'il mime explicitement. Il exprime un intérêt anormalement précoce envers les actes sexuels, utilise un langage trop détaillé et explicite pour son niveau de développement, et peut manifester un comportement sexuellement aberrant et irritant vis-à-vis de ses proches.

– L'on retrouve alors dans ses dessins (*cf.* p. 57) des images sexualisées qui décrivent directement ou indirectement des activités sexuelles. L'enfant peut également tenir des propos relatifs à une activité sexuelle ou déclarer qu'il a été abusé sexuellement.

– Tous ces comportements conduisent à une baisse soudaine des résultats scolaires, tandis que s'installe une difficulté à établir des relations interpersonnelles et à se faire des amis. Il en découle une mauvaise image de soi, un manque d'estime pour soi-même. L'enfant s'isole pendant la récréation, ne participe pas aux activités scolaires et sociales.

– Un autre signe est la peur de se dévêtir dans les vestiaires lors des cours d'éducation physique et sportive, ou au cabinet médical ; parfois, l'enfant refuse d'utiliser les installations sanitaires de l'école ou de la garderie.

– Lorsqu'une fillette a été abusée par un homme, elle peut manifester des comportements de séduction vis-à-vis des garçons ou des hommes. Elle est toujours une « carencée affective », en quête de l'amour et de la tendresse que ses parents sont incapables de lui donner : souvent, ils ont été eux-mêmes victimes de violence intrafamiliale ou d'abus sexuel. De plus, son bourreau lui a fait croire que pour mériter d'être aimée, il faut être gentille, docile et accepter de faire tout ce qu'il lui demande. Sinon, elle n'est pas gentille, aimable et ne pourra jamais être aimée. La fillette développe une incompetence dans sa relation aux autres, ne sait pas dresser de barrières de protection, avec les hommes en particulier. Elle reproduit sans cesse ce schéma de séduction qui la met en danger permanent et l'expose au risque de récurrence de l'abus.

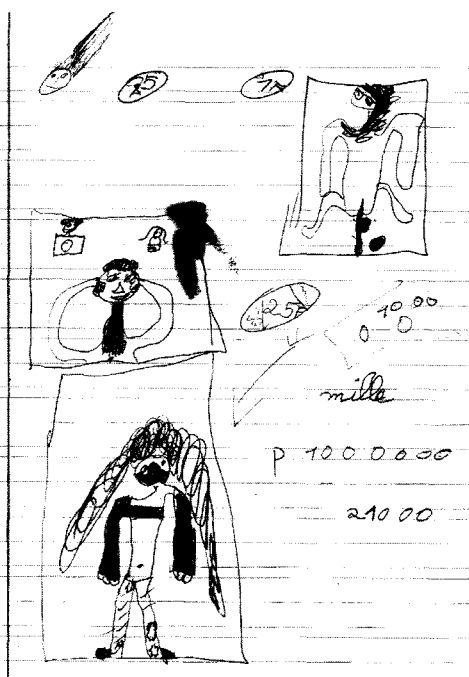
Élodie, 22 ans, consulte pour troubles de l'estime et de l'affirmation de soi. En terminale, elle a été abusée par son professeur de philosophie : il lui avait proposé de passer chez lui, afin de lui donner quelques explications pour une dissertation qu'elle trouvait difficile. Ni elle ni ses parents n'ont depuis mis en œuvre de procédure judiciaire ! Elle me raconte qu'elle vient de se séparer de son ami, un étudiant de la même école d'ingénieurs qu'elle : il lui avait proposé de l'aider à préparer un devoir de mathématiques. Quand il est arrivé dans sa chambre d'étudiante, il s'est jeté sur elle : elle a cédé, sans trop comprendre ce qui se passait (dissociation classique chez l'abusée), mais elle l'a mis à la porte aussitôt après.

(suite p. 60)

Planches de dessins de Stéphanie

Il s'agit d'une petite Belgo-franco-zaïroise de 6 ans ; c'est sa mère qui consulte : dépression, manque de confiance en soi, problèmes de couple. Elle me parle également de sa sœur, déprimée, qui fait des crises de crises de délire où elle énonce l'inceste par son père. Jamais prise au sérieux. La mère me montre des dessins de sa fille à la deuxième consultation (voir planches et commentaires). Quand j'apprends que le grand-père garde la petite tous les mercredis, je demande qu'une gynécologue examine l'enfant et que la mère alerte les services sociaux en Belgique où ils résident. « Stéphanie a trop d'imagination, elle a vu cela dans des BD et des films érotiques (?) et elle nous a surpris à plusieurs reprises en train de faire l'amour » Dénî... Elle refuse toute intervention médico-sociale... mais accepte que je reçoive sous peu Stéphanie pour un entretien de clarification de ses dessins... Puis disparaît définitivement. Elle m'a donné une fausse adresse et un faux numéro de téléphone.

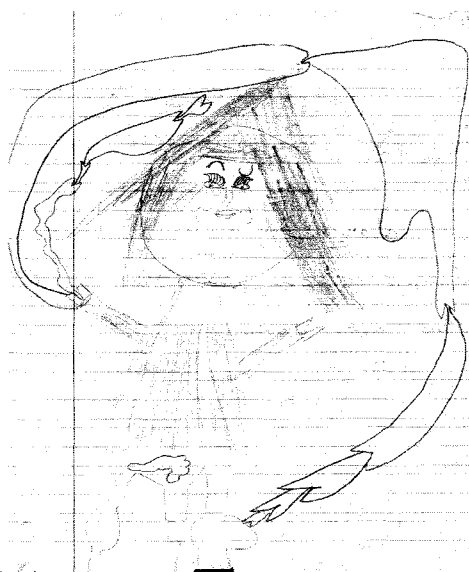
DES SIGNES RÉVÉLATEURS



L'argent : pièces de monnaie et billet.

Dessin du haut :
pénis introduit chez un enfant allongé, jambes écartées.

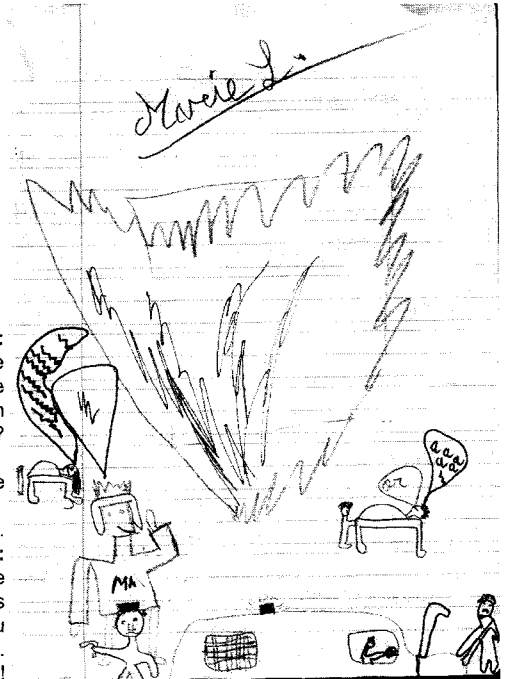
Dessin du bas :
homme barbu allongé dans un lit ; petite fille allongée sur l'homme, dans une posture dénudée.



Formes phalliques encerclant la tête, tenues dans la main droite de l'enfant ; même aspect phallique dans le bas-ventre.



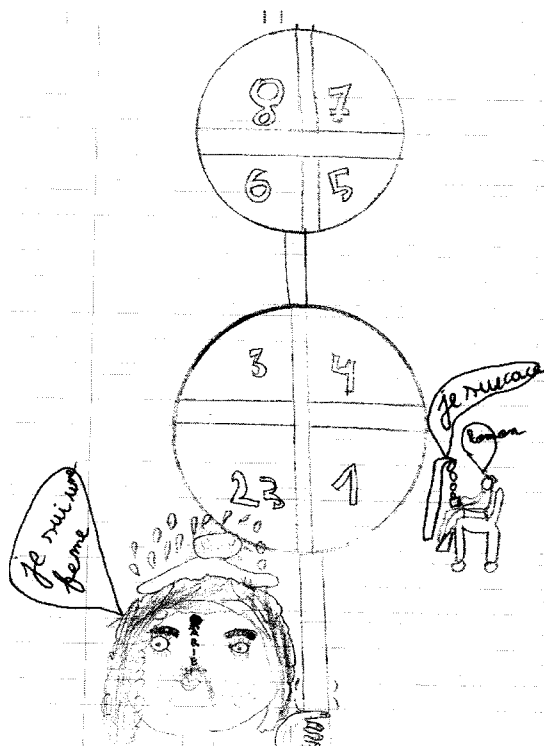
Écoulement en gouttes issu de la région génito-urinaire d'une petite princesse dénudée et maquillée.



Petit dessin à gauche :
enfant couché, forme
phallique à la tête, bulbe
ou phallus ? Dessin
destructuré au centre ?
À droite, quelqu'un met
sa main dans le bas-ventre
pendant que l'autre dit
« a,a,a ».

Dessin inférieur :
adulte (Roi) et princesse
tenant quelque chose dans
sa main ; sa tête est au
niveau du sexe de l'homme.
Une ambulance !

DES SIGNES RÉVÉLATEURS



Tête de fillette recouverte d'un sexe d'homme
tandis qu'apparaît : « je suis une femme ! »

Dans le second dessin de droite : forme
phallique arrosant un personnage assis et lui
disant : « je suis caca ». Les cercles et les
numéros ordonnés selon les cadrans semblent
évoquer un calendrier (répétition de l'abus ?).

(suite de la p. 55)

Elle refuse toujours de donner des suites judiciaires. Un troisième abus aura lieu au domicile de ses parents. Lors d'un week-end où ils sont absents, elle se plaint de douleurs vives au genou gauche : le médecin, ami de la famille, la fait déshabiller complètement, lui propose de lui faire des massages. Quand il arrive au niveau du sexe, elle le repousse violemment, se rhabille et lui demande de quitter immédiatement la maison. Elle refuse d'en parler à ses parents et à la police. Il ne s'agit pas réellement de comportements de séduction de sa part, mais les demandes relèvent toujours d'une demande d'affection, de protection qu'elle remet en scène inconsciemment... Élodie ne sait pas repérer les vampires qui gravitent autour d'elle et se met en danger à chaque fois. Le travail thérapeutique commencera par la construction de ses propres frontières.

– On note enfin que l'enfant ne fait pas ou plus confiance à certaines personnes, particulièrement à ses proches, qui ne semblent pas le comprendre, mais comment le pourraient-ils ?

Chez l'enfant plus âgé et l'adolescent

Les troubles sont plus nettement identifiables, car ils sont plus patents et l'enfant dysfonctionne « officiellement » au sein de sa famille qui se plaint en même temps qu'il émet un certain nombre de signaux.

– Il perd ses amis, l'envie de jouer ou de s'amuser, s'isole de plus en plus, se sent mal aimé et mal compris de ses camarades ou de ses proches.

– Il se néglige tant sur le plan corporel que vestimentaire : changement dans sa propreté et son hygiène, parfois saleté corporelle repoussante. Il se couvre de vêtements amples, comme pour camoufler son corps et le soustraire au regard – et au désir – des autres.

– Ses résultats scolaires baissent notablement de manière soudaine, il éprouve de la difficulté à se concentrer, néglige son travail et ses activités habituelles. Bien souvent, il est aux portes de l'école bien avant l'heure d'ouverture, la quitte parmi les derniers, somnole en classe en raison de son sommeil perturbé.

– Il se plaint de symptômes mal systématisés : fatigue, douleurs abdominales, maux de tête, mal de gorge, nausées, etc. Il est demandeur de soins : il se plaint aussi de picotements, de brûlures, de démangeaisons au niveau du sexe ou de l'anus.

– Des troubles de la relation aux autres sont toujours présents : perte de confiance envers les gens autour de lui, envers ses proches en particulier. Il souffre de manifestations dépressives, présente des idées ou un comportement suicidaires et se livre à un comportement auto-destructeur : abus de drogues ou d'alcool, tentatives de suicide, etc. Comme toujours, cela entraîne une perte de l'estime de soi.

– Les troubles du comportement s'installent : anorexie, boulimie, insomnie, agressivité inadéquate.

– Il évoque des activités sexuelles ou déclare qu'il a été abusé et montre un intérêt inhabituel pour la sexualité, la grossesse, ou les maladies transmissibles sexuellement.

– Étonnez-vous de voir ces jeunes pratiquer des activités sexuelles d'adultes, souvent anormales, ou se prostituer. Elles témoignent le plus souvent d'un « marquage au fer rouge » par l'abus sexuel, qui entraîne une anesthésie physique et émotionnelle. L'enfant est alors contraint de passer à des expériences multiples, seul ou en groupe, avec des prises de risque majeures, pour tenter d'éprouver ou de découvrir des sensations ou des émotions. Mais aussi, et sans le savoir, il ne cesse d'errer dans une quête de quelque affection ou tendresse. En vain !

Vraies victimes et faux souvenirs

Toute la presse anglo-saxonne en parle à l'occasion de procès très médiatisés, la presse franco-canadienne également. La presse française est plus discrète à ce sujet. Le sujet est d'importance, mais ne mobilise pas suffisamment chez nous, ou seulement ceux qui travaillent sur le sujet. Les faux souvenirs peuvent apparaître au décours de n'importe quelle psychothérapie, qu'elle soit conventionnelle, analytique ou par hypnose. Le *Royal College of Psychiatrists* de Londres demande aux médecins de ne plus inciter les patients à se remémorer un

abus sexuel subi dans l'enfance. Aux États-Unis, de nombreuses personnes se sont retrouvées exposées à des poursuites judiciaires à la suite de la dénonciation d'un abus sexuel par un membre de la famille au cours de sa psychothérapie. Ces souvenirs « refoulés » ont détruit des familles entières. Le Pr Frederick Crews, de l'université de Berkeley, en Californie, estime qu'en dix ans, au moins un million d'Américains ont énoncé des souvenirs de cet ordre.

Un nombre croissant de patients se rétracte aujourd'hui : les travaux scientifiques montrent actuellement que certaines personnes, sensibles à des situations hautement émotionnelles, fragilisées par un passé douloureux et parfois traumatique pour elles, sont susceptibles de faire leur la suggestion que peut opérer un psychothérapeute lorsqu'il se pose ou qu'il pose à voix haute la question de la possibilité d'un abus sexuel. Notons au passage que certains d'entre eux, dans leur conviction absolue, affirment de façon péremptoire que l'abus sexuel est évident, parfois dès le début de l'entretien. Il s'agit d'une suggestion massive qui ne peut que déstabiliser ce patient fragile et fragilisé. Le questionnement qui suit est orienté de telle sorte que le patient ne peut que répondre par l'affirmative.

Le cas clinique qui suit prouve à quel point une extrême prudence doit être de mise lorsqu'on travaille sur ces souvenirs.

Marianne, 35 ans, au cours d'une séance d'hypnose effectuée dans le cadre d'une demande de prise en charge pour dépression, décrit une situation de son enfance qui lui apparaît spontanément : elle voit un visage, celui de son père, collé contre son visage, l'embrassant et la caressant. Elle décrit un homme, de 40 ans environ, portant des lunettes d'écaille sombres et une moustache noire. Elle se sent très mal, opprimée, proteste et pleure pendant cette session où, manifestement, elle a fait une régression spontanée dans la période de son enfance aux alentours de 8 ans. Je ne valide rien et lui demande simplement de me parler de son père et de ses comportements avec ses enfants. Tout est apparemment normal. Je lui propose donc de parler de cette séance à ses parents, âgés de 70 ans environ, en prenant toutes les précautions, sans accuser personne. Ce qu'elle fait : grande émotion du père et de la mère qui sont

abasourdis par cette situation... jusqu'au moment où la mère, qui veut clarifier cette situation, sort un album de photos de la famille. Marianne reconnaît alors son oncle paternel, de deux ans plus jeune que son frère, qui, lui, portait ces lunettes d'écaille et une moustache depuis peu, alors que le père ne portait, lui, que des lunettes. L'oncle a reconnu son forfait à la réunion de famille que j'avais initiée pour la réparation de cette souffrance.

Où se situe la frontière entre le fantasme et la réalité du patient, mais aussi du thérapeute ?

Récemment, la presse suisse s'est faite l'écho d'un grave problème : dans la rue, une jeune femme est victime d'une agression sexuelle par deux hommes. La psychothérapeute qu'elle consulte utilise l'hypnose pour l'aider à retrouver les traits des visages et élaborer les portraits robots. Deux hommes sont arrêtés et reconnus d'elle. Ils clament leur innocence avec une telle intensité que la Cour désigne un expert, le Pr Jean-Roch Laurence, de l'université Concordia de Montréal, qui invalide de façon formelle la procédure, ce qui permet la libération des « vrais faux coupables ». En effet, depuis quelques années la justice occidentale ne valide pas les souvenirs obtenus lors d'interrogatoires conduits, même par un psychologue, en état d'hypnose. La façon de poser les questions peut induire un faux souvenir qui se construit au fur et à mesure de l'interrogatoire, puisque, à chaque stade, l'affirmation précédente est implicitement validée.

Il reste quelques charlatans encore actifs qui osent affirmer pouvoir faire retrouver des souvenirs enfouis et se déclarent experts en la matière... experts en destruction et désagrégation psychique, mais le savent-ils ? Surtout quand ils pratiquent des régressions dans des vies antérieures, aussi délirantes que leur propre manière d'être au monde...

Mais que faire quand un souvenir de cet ordre émerge en psychothérapie ? Vrai ou faux ? Comment valider chez un sujet de 45 ans l'abus sexuel que son père a osé commettre ? Si nos amis psychanalystes peuvent évoquer un fantasme,

d'autres, plus directifs, valideront ou non ce drame. L'expérience clinique est primordiale dans ce cas. Un long travail d'anamnèse sur les troubles somatiques et psychologiques et leur évolution au cours des mois, des années, parfois sur plusieurs décennies, permet de confirmer les soupçons d'abus. En fait, seule la confrontation avec l'abuseur permet la validation définitive. Cela peut être obtenu dans le cadre familial, mais pas facilement, car le système est bien défendu. Le patient est alors accusé de générer le trouble et la discorde au sein d'une famille « unie ». C'est plus difficile, voire impossible, quand l'abuseur est extra-familial, n'habite plus la région, est décédé...

Il est donc prudent, lors de la révélation d'un abus sexuel au cours d'une psychothérapie, de prendre le temps de corroborer la clinique aux dires du sujet.

Il est surtout essentiel de rester humble et de ne chercher que ce qui pourra être utile au patient pour agrandir son espace vital et le libérer de sa souffrance. Les brillantes affirmations sans base solide s'effriteront comme des châteaux de sable. N'oublions pas que le patient est tout prêt à croire ce qui lui est dit, tant il cherche désespérément une issue à sa souffrance.

Quelques cas en pratique médicale quotidienne

Dorothée, 43 ans, un enfant, divorcée, ex-championne du monde d'athlétisme.

- Se plaint de douleurs abdominales depuis l'enfance : elle a subi de nombreux examens radiographiques qui ne retrouvent rien de particulier.
- Consulte pour constipation, douleurs du cadre colique, du bas-ventre et signale, à voix basse et très rapidement, qu'elle souffre d'anorgasmie (absence de plaisir lors des rapports sexuels).
- Signale des infections urinaires et génitales à rechutes, répondant mal aux meilleurs traitements.
- Déclare se sentir déprimée depuis tellement longtemps qu'elle ne se souvient plus de s'être sentie bien ; se sent quelquefois agressive dans certaines situations, sans trop savoir pourquoi !

- Toutes les investigations sont plutôt rassurantes : elle présente un syndrome de l'intestin irritable, pas de lésions urinaires ou génitales.
- À la question posée, elle révèle un abus sexuel à l'âge de 8 ans : contrainte de masturber et de faire une fellation à un inconnu qui rôdait dans un bunker désaffecté de la Deuxième Guerre mondiale.

Solange, 42 ans, tient un café avec son mari. Elle a deux enfants.

- Consulte pour troubles digestifs : ballonnement, constipation, douleurs abdominales et pelviennes, évoluant depuis plus de dix ans.
- Il existe une tonalité dépressive dans sa vie, un sentiment de tristesse et de fatalité, de solitude poignante.
- Elle se plaint de vaginisme (difficulté et douleur lors de la pénétration), d'une perte du désir sexuel, et d'anorgasmie.
- Elle dit, à la question posée, être littéralement « violée » plusieurs fois par semaine par son mari, qui abuse d'elle pendant son sommeil.

Florence, 21 ans, étudiante en médecine, vit chez ses parents.

- Trois hospitalisations pour anorexie, une tentative de suicide.
- Se plaint de ballonnement, douleurs abdominales, pesanteurs dans le creux de l'estomac, de blocages alimentaires œsophagiens, sans cause connue.
- Décrit un sentiment d'incompréhension, se sent parfois « mal » dans ses relations interpersonnelles, supporte difficilement la proximité de ses camarades de faculté.
- Se sent quelquefois ailleurs, dans un état de rêverie sans objet particulier.
- Présente un comportement addictif (incontrôlable, à répétition) intermittent : boissons alcoolisées ou aliments sucrés.
- Paradoxalement, est demandeuse d'un traitement du « ballonnement » !
- À la question posée, révèle l'abus sexuel incestueux par son frère.

Claudia, 28 ans, institutrice, vit en concubinage, n'a pas d'enfant.

- Consulte pour troubles du sommeil et troubles du désir sexuel : elle refuse tout rapport avec son ami, mais a une sexualité compulsive avec

d'autres hommes, qu'elle connaît à peine et envers lesquels elle n'éprouve pas le moindre sentiment.

– Se plaint également de douleurs pelviennes : les nombreuses coélioscopies sont normales, elle n'a jamais subi d'interruption volontaire de grossesse.

– Fait une consommation importante de hachisch qu'elle cultive dans son jardin, ce qui lui permet d'avoir son stock pour l'année ; elle présente un état dépressif chronique et l'on note une pathologie psychotique « border line ».

– À la question posée, elle déclare avoir été incestée par ses deux frères pendant plusieurs années, à l'époque de son adolescence.

Pierre, 12 ans, adressé par l'Hôpital Pédiatrique pour traitement d'hémorroïdes.

– Son visage est tendu, fermé, son front marqué de rides, comme celui d'un adulte de 55 ans.

– Il est soigné depuis six mois pour des saignements étiquetés d'origine hémorroïdaire (les hémorroïdes n'existent pas chez l'enfant !).

– L'examen, prudent et respectueux, en position genu-pectorale (type prière mahométane), ne retrouve pas d'hémorroïdes internes ou externes. En revanche, lorsque je demande à Pierre de pousser doucement en bloquant sa respiration, je constate une extériorisation (prolapsus) complète du rectum à travers l'anus, qui reste béant (anus forcé). Je réintègre doucement le rectum, et raccompagne Pierre dans le bureau de consultation.

– À la question posée sur des jeux stupides que des enfants ont quelquefois dans les dortoirs (c'est un enfant placé par la DASS) et sur des menaces ou de la violence exercée sur lui, je n'ai aucune réponse affirmative, son visage se ferme davantage. Par contre, son médecin de famille me rappelle une heure après : Pierre s'est effondré en pleurs et a révélé son viol par deux jeunes adultes de 25 ans, deux alcooliques, qui l'ont sodomisé à tour de rôle dans un terrain de jeux.

– Pierre a été opéré rapidement et pris en charge en thérapie. Les deux violeurs sont sous les verrous.

Jean-Pierre, 35 ans, marié, père de deux enfants, policier.

- Consulte pour troubles de la mémoire depuis la petite enfance : ses études ont été chaotiques, tout comme sa vie personnelle et familiale.
- Les examens neurologiques et les tests de mémoire sont normaux.
- Il veut devenir Inspecteur de Police, mais pour cela il doit faire des études de Droit... il faut de la mémoire pour connaître toute la loi !
- À la question posée, il révèle les abus sexuels répétitifs dans son enfance, par son frère et son cousin.
- La thérapie brève proposée lui permettra, en quatre sessions, de recouvrer l'accès à cette mémoire bloquée par le refoulement des situations toxiques qu'il a vécues. Il a réussi son premier examen en Faculté de droit.

5

Pendant et après l'abus ?

Les sujets qui ont subi un abus sexuel passent par plusieurs états psychologiques qui s'enchaînent de façon quasi automatique et génèrent de façon bruyante ou discrète des troubles du comportement et/ou de la personnalité qui aboutiront un jour à évoquer, si le sujet consulte un thérapeute sensibilisé à cette approche, le diagnostic de psychotraumatisme.

La particularité de cet abus sur l'enfant, par une personne investie de liens parentaux ou d'autorité paternelle déléguée, est qu'elle génère chez lui, de façon quasi indélébile, un trouble de la construction de la réalité et du monde environnant : Qui croire ? À qui dois-je faire confiance ? Suis-je indigne d'être aimé ? *Comment peut-on m'aimer ainsi ? Qu'ai-je fait pour être souillé et puni ainsi ? Pourquoi dois-je souffrir aussi désespérément ?* En l'absence de communication, de dialogue, de thérapie précoce, l'enfant ne peut que valider le contenu de ses propres pensées et intuitions, générant alors un mal-être qui le suivra tout au long de sa vie et se réactivera dans chaque situation où l'amour, l'affection, le désir, le plaisir, l'abandon et l'emprise seront en jeu. Et qu'est-ce que l'amour à l'adolescence ou à l'âge adulte, sinon la traversée de diverses sensations ?

Il est par conséquent primordial de bien connaître les différents stades par lesquels cheminera l'abusé : ils sont, en effet, souvent déconcertants pour un observateur non averti et peuvent le conduire parfois à rejeter cette situation ou à minimiser les symptômes en raison de leur caractère étrange.

Le sujet abusé, dans les heures qui suivent l'agression, est en proie à un malaise (réaction immédiate du corps face à une situation de stress) et un mal-être (le mal-être est une réaction d'inadaptation face à une ou plusieurs situations pathogènes évoluant au long cours) généralisés, accompagnés de nombreux

signes cliniques qui doivent orienter rapidement vers le diagnostic d'État de Stress Aigu ou ESA (*Acute Stress Disorder* ou ASD de la littérature anglo-saxonne).

L'État de Stress Aigu ou *Acute Stress Disorder*

Le terme *stress disorder* a été imparfaitement traduit en français. Il ne s'agit pas d'un stress classique. Nous pourrions comparer l'effet du stress ordinaire sur une personne à la pression que l'on exerce sur un ballon en baudruche : il se déforme tant que la pression persiste, puis reprend sa forme aussitôt après. Il ne persiste aucune trace ou séquelle de cette situation. Par contre, dans le psychotraumatisme, l'abus sexuel en particulier, la pression exercée se complique d'une intrusion psychique et corporelle violente et inattendue, dans un contexte d'effroi qui engendre ce psychotraumatisme. Celui-ci s'incruste dans le psychisme et le corps de la victime et y demeure toute sa vie en l'absence de thérapie. Ce qui explique la persistance de symptômes sur plusieurs décennies. Ils évoluent à une telle distance de l'abus que le lien n'est généralement pas établi entre les troubles et le traumatisme. Il serait donc plus juste de parler de Psychotraumatisme Aigu (PTA) dans ce cas, plutôt que d'ESA. Cette interprétation donne un reflet plus exact de ce que vit le patient. Elle est également valable pour l'évolution de l'ESA vers un état chronique, l'État de Stress Post-Traumatique ou ESPT, le *Post Traumatic Syndrome Disorder* ou PTSD des Anglo-Saxons que nous pourrions dénommer Séquelles de Psychotraumatisme (SPT). Notre rôle n'étant pas de requalifier ces différentes dénominations, nous utiliserons donc les termes classiques d'ASD et de PTSD.

Afin de réaliser le diagnostic d'ASD, plusieurs critères doivent être pris en compte. Seuls ces critères permettent de valider le diagnostic d'ASD, qui doit être porté précocement, afin de mettre en œuvre rapidement un traitement adapté et donc de disposer d'un point de départ pour entamer les diverses procédures judiciaires, telles que l'examen médical en urgence, la rédaction du certificat initial, puis l'expertise médico-légale¹.

1. Ce livre étant également destiné aux médecins, psychologues, psychothérapeutes, intervenants paramédicaux, juridiques et sociaux, j'utiliserai le DSM IV, qui est le manuel international de référence en psychiatrie (les explications de certains termes sont en caractères italiques).

J'analyserai dans un premier temps les critères permettant de valider le diagnostic d'ASD, pour aborder ensuite les symptômes susceptibles de révéler un PTSD et, enfin, j'évoquerai ce que je nomme le SPAS, syndrome ne répondant pas à l'ensemble des critères du PTSD.

Les critères de l'État de Stress Aigu (l'ESA ou l'ASD)

Pour diagnostiquer un ESA (ou ASD), il est nécessaire que les critères définis ci-dessous soient réunis, à savoir :

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique au cours duquel les deux éléments suivants étaient présents :

- 1) Le sujet a vécu, a été témoin, ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus sont morts ou ont été très gravement blessés, menacés de mort, ou durant lesquels l'intégrité physique du sujet ou celle d'autrui a été menacée.
- 2) La réaction du sujet face à cet événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

B. Au cours de cet événement traumatique, ou après avoir vécu cet événement perturbant, l'individu a présenté trois (ou plus) des symptômes dissociatifs suivants :

- 1) un sentiment subjectif de torpeur, de détachement ou une absence de réactivité émotionnelle ;
- 2) une réduction de la conscience de son environnement (*par exemple, être dans le brouillard*) ;
- 3) une impression de déréalisation (*perte de contact avec la réalité environnante*) ;
- 4) une impression de dépersonnalisation (*sentiment de ne plus être soi*) ;
- 5) une amnésie dissociative (*c'est-à-dire une incapacité à se souvenir d'un aspect important du traumatisme*).

C. Un autre critère important de l'ESA (ou ASD) consiste pour l'individu à revivre constamment l'événement traumatique, à savoir qu'il « subira virtuellement » cet événement, plus

ou moins fréquemment, par la survenance d'images, de pensées, de rêves, d'illusions, d'épisodes de flash-back récurrents, de sensations de revivre « l'expérience ». Le sujet ressentira également une sensation d'intense souffrance lorsqu'il sera exposé à *certaines lieux, sons, mots, situations évocatrices* pouvant lui rappeler l'événement traumatique.

D. En outre, le sujet évitera avec persévérance tout stimulus susceptible d'éveiller la mémoire du traumatisme (*pensées, sentiments, conversations, activités, endroits, personnes...*).

E. Des symptômes anxieux ou des manifestations d'une activité neurovégétative (*notamment difficultés lors du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, réaction de sursaut exagérée, agitation motrice*) seront persistants chez le sujet.

F. Par ailleurs, cet événement traumatique engendra chez le sujet une perturbation source de détresse cliniquement significative ou d'une altération de son fonctionnement social, professionnel, personnel ou encore, d'une dénatura-tion de sa capacité à mener à bien certaines *obligations*, notamment celle d'obtenir une assistance nécessaire, passant par l'impossibilité de mobiliser la plus infime de ses ressources personnelles afin de parler aux membres de sa famille de l'expérience traumatisante (*ce que l'on peut considérer comme une sidération et une paralysie avec une incapacité totale à demander de l'aide*).

G. Cette perturbation, qui survient dans les 4 semaines suivant l'événement traumatique, dure un minimum de 2 jours et un maximum de 4 semaines.

H. Bien évidemment, la perturbation ci-dessus n'est pas consécutive aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, *une substance donnant lieu à un abus de toxique*) ou d'un médicament ou d'une affection médicale générale, ni expliquée par un trouble psychotique bref, ni uniquement une exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou l'axe II (*elle n'est pas due à l'absorption d'alcool, de drogues, de médicaments, à une maladie provoquant des troubles de la conscience : insuffisance hépatique grave, insuffisance rénale sévère entraînant des troubles de la conscience par une encéphalopathie d'ordre métabolique : augmentation de*

l'ammoniac ou de l'urée dans le sang) ni la conséquence d'un trouble psychiatrique antérieur.

Ces critères précis doivent être recherchés patiemment quand la victime déclare un abus récent. Si la victime révèle un abus plus tardivement, l'état émotionnel et la détresse aggravent l'agitation et l'anxiété du sujet, rendant difficile l'identification de certains signes. Il faut alors prendre son temps, faire un *debriefing* selon le modèle bien connu des centres spécialisés sur le psychotraumatisme, observer ensuite ce qui apparaît ou persiste. Nous reviendrons sur ces techniques dans le chapitre de la thérapie.

J'attire l'attention sur le délai d'un mois extrêmement important à connaître. En effet, si les symptômes persistent ou si d'autres symptômes apparaissent, le patient « glisse » vers un trouble chronique, l'ex-névrose traumatique bien connue des médecins militaires depuis plusieurs siècles : le PTSD.

Les critères du PTSD

Le PTSD doit être reconnu rapidement pour la prise en charge des abusés. En effet, la persistance de symptômes tels que les flash-backs, images intrusives d'apparition brutale faisant revivre le drame aux victimes, le sentiment de perte de contrôle sur leurs émotions, le sentiment de dépersonnalisation leur font croire, généralement qu'ils sont « devenus fous » ou qu'ils ne sont « pas comme les autres ». Reconnaître le PTSD doit les rassurer et leur permettre d'intégrer l'abus et ses conséquences dans leur conscience, alors que ces troubles agissent à un niveau inconscient. Écouter les victimes, les laisser parler, les sortir de leur isolement et comprendre leur souffrance, leur dire qu'ils ne sont pas « fous » doit permettre de diminuer très rapidement leurs angoisses, leurs multiples conséquences psychiques et physiques dévastatrices, leur redonner l'espoir, puis la certitude de guérir. Ils éprouvent un réel soulagement immédiatement.

Comment poser le diagnostic de PTSD ?

Afin de poser le diagnostic du PTSD, l'interrogatoire clinique devra être rigoureux et précis, respectueux aussi, la souffrance éprouvée par la victime engendrant souvent des réactions émotionnelles de tous ordres, parfois violentes.

Les critères du diagnostic du PTSD sont assez semblables à ceux évoqués préalablement pour l'ESA (ou ASD), certains critères seront différents eu égard au temps écoulé depuis la survenance du traumatisme et de sa révélation.

A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique au cours duquel deux des critères suivants sont remplis :

- le sujet a fait l'expérience, a été le témoin ou a été confronté à un ou des événements ayant engendré la mort, un danger de mort ou de blessures graves, ou encore à une menace envers son intégrité physique, ou celle d'un tiers
- sujet a ressenti dans ces circonstances une peur intense, un sentiment de détresse ou d'horreur.

Chez l'enfant, cela peut se traduire par un comportement désorganisé ou agité, car il n'est pas toujours capable d'exprimer verbalement ce qu'il a vécu ou ce qu'il ressent.

B. L'événement traumatique est constamment revécu :

- souvenirs ou rêves répétitifs et envahissants de l'événement, provoquant un sentiment d'intense détresse ;
- impression ou agissement soudain « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire ;
- sentiment intense de détresse quand le sujet est exposé à des événements ressemblant à un aspect du traumatisme en cause, ou symbolisant celui-ci.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme ou émoussement de la réactivité générale, comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

- efforts pour éviter les pensées ou les sentiments associés au traumatisme ;
- efforts pour éviter les activités ou les situations qui éveillent des souvenirs du traumatisme ;

- incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme ;
- réduction nette de l'intérêt pour des activités ayant une valeur significative pour le sujet ;
- sentiment de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ;
- restriction des affects (*incapacité à éprouver des sentiments ou de la tendresse*) ;
- incapacité de projection dans l'avenir (*sentiment que l'avenir est « bouché », n'arrive pas à envisager de réussir une vie professionnelle ou personnelle : se marier, avoir des enfants, ou vivre longtemps*).

D. Présence de symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ;
- irritabilité ou accès de colère ;
- difficultés de concentration ;
- hypervigilance, réaction de sursaut exagérée (*sursaute à un bruit ordinaire, à un contact simple : main posée sur l'épaule, par exemple*) ;
- réactions physiologiques lors de l'exposition à des événements ressemblant à un aspect du traumatisme en cause, ou symbolisant celui-ci (*une femme qui a été violée dans un ascenseur présente des sueurs abondantes quand elle rentre dans un ascenseur, ou se sent mal pendant une émission de télévision où s'exprime une violence sexuelle*).

E. La perturbation (symptômes B, C et D) persiste au moins un mois.

F. La perturbation provoque une détresse cliniquement importante ou un handicap social, professionnel, personnel, susceptible de paralyser parfois totalement la vie quotidienne.

Il importe de préciser si ce PTSD est d'évolution :

- aiguë : l'apparition et la durée des symptômes évoluent depuis moins de 3 mois ;
- chronique : évolution depuis 3 mois ou plus ;
- retardée : les symptômes apparaissent au moins 6 mois après l'événement traumatique.

Le PTSD n'est pas une conséquence systématique de l'abus sexuel. Des enfants qui arrivent à parler de cette expérience à des proches parents, des amis, des adultes aussi, effectuent en fait un *debriefing* qui leur permet d'évacuer le traumatisme et de passer rapidement de l'ASD à un sentiment de calme et de quiétude. Il faudra rester toutefois attentif à l'apparition de signes tardifs, qui, par l'effet du refoulement de l'abus, s'expriment longtemps après la période de l'abus et rechercher la multitude de signes qui permettront de faire le lien entre l'abus et les symptômes.

Le jaillissement de la source souterraine ?

Quelques mois, années ou décennies plus tard, consulte un sujet qui vient parler d'une variété de troubles que le clinicien non averti va rattacher à des phénomènes anxio-dépressifs, à des troubles du comportement, à des somatisations dysneurotoniques (*déséquilibre de régulation des systèmes nerveux sympathique et parasympathique entraînant des troubles somatiques et psychiques*), cortège de symptômes qu'il va falloir relier à l'accident : le sujet a parfois refoulé l'événement traumatique, est parfois dans le déni, ou ne veut pas en parler...

Quelques signes fréquemment observés :

- troubles du sommeil, de la concentration, de la mémoire ;
- dépersonnalisation, perte de contact avec le réel ;
- sentiments irrationnels de culpabilité ;
- exagération de la perception de dangers extérieurs ;
- accentuation des symptômes lorsque la personne est confrontée à des situations rappelant l'événement initial ;
- problèmes sexuels multiples et sexualité compulsive ;
- troubles du comportement alimentaire, toxicomanies, alcoolisme, tabagisme ;
- comportements sociaux inadaptés : absentéisme scolaire, agressivité inappropriée ;
- modification des relations interpersonnelles :
- tendance à s'isoler, difficulté à faire confiance ;
- la femme survalorise et idéalise l'image de l'homme (par sa quête incessante de reconnaissance et d'affection) par

- son incapacité à repérer les mécanismes qu'utilisent les vampires ;
- perte de l'estime et de la confiance en soi ;
 - la dépression est très fréquente, d'évolution chronique, avec rechutes étalées sur plusieurs décennies ;
 - les risques de tentatives de suicide sont deux fois plus importants chez les abusés sexuels.

De la spécificité du Syndrome Post-Abus Sexuel (SPAS)

L'observation clinique et l'expérience développée au contact des personnes abusées m'ont permis de retrouver un certain nombre de constantes dans les signes cliniques psychiques et physiques, qui ne sont pas toujours associés aux critères du PTSD. Dans ce cas, je les intègre dans un cadre que je définis personnellement comme Syndrome Post abus Sexuel ou SPAS. Ce SPAS pourrait être validé en raison de sa spécificité dans le cadre de l'aide aux victimes d'abus : cela éviterait au sujet d'être exclu d'un cadre nosologique définissant une pathologie secondaire à l'agression subie, mais surtout d'être reconnu comme victime, d'être pris en charge sur le plan médical et psychothérapique, faute de présenter tous les symptômes du PTSD

L'abus sexuel et le SPAS qui en découle réalisent une expérience destructrice entraînant :

- un état de détresse chronique engendrée par le psycho-traumatisme ;
- un état de désagrégation mentale due à aux séquelles indélébiles de l'intrusion physique et psychique.

Ces manifestations restent gravées dans l'appareil psychique si une thérapie n'est pas mise en œuvre. C'est en ce sens que la question de la « folie » nous est régulièrement posée par les patients. Nous pouvons les rassurer, sans arrière-pensée : il ne s'agit, en fait, que d'une désagrégation, un éclatement du puzzle subtil qu'est l'appareil psychique. Les pièces du puzzle

sont toutes présentes, il n'en manque aucune, certaines ont bougé, mais restent dans le cadre. Il faut donc, ensemble, ré-agréger ces différentes pièces pour finir le puzzle et que l'image devienne harmonieuse.

Quand penser au Syndrome Post Abus Sexuel ?

Plusieurs possibilités :

- le patient énonce clairement et d'emblée qu'il a été victime d'abus sexuel ;
- le patient en a un vague souvenir auquel il n'attache pas toujours d'importance ;
- le patient n'en a pas un souvenir clair ou affirme qu'il n'en a pas été victime.

Les signes cliniques n'ont pas de valeur pathognomonique, c'est-à-dire que les symptômes observés peuvent être retrouvés dans différents autres troubles ou maladies.

Il faut s'attacher à :

- à l'ambiance de la consultation : le mal-être est omniprésent, la souffrance récurrente, avec de rares moments de mieux-être, la rechute toujours prête à apparaître, sans cause identifiée du patient ou identifiable par son médecin. L'on est frappé quelquefois par un aspect buriné du visage où est gravée cette souffrance permanente qui jamais ne lâche le patient, qu'il n'arrive pas à nommer, qu'il traîne dans sa vie, comme un boulet.
- l'état émotionnel et physique du sujet : ils sont souvent à *bout de souffle*, ont tenté plusieurs traitements et thérapies, ne vont pas mieux ou s'aggravent, perdent tout espoir d'aller mieux, se posent la question d'une folie débutante ou installée. Le désespoir est souvent poignant ou masqué pour ne pas opprimer l'environnement familial. Les troubles physiques ne répondent que très partiellement aux traitements médicamenteux, l'anxiété et la dépression ont émoussé l'effet médicamenteux souhaité par les différentes prescriptions. Et pour cause, le noyau dur n'a pas encore été atteint !
- la répétition des symptômes dans le temps est un signe fréquemment rencontré. Il ne s'agit pas de troubles de la lignée hystérique, mais de troubles d'apparition insidieuse, répondant mal au traitement médical, diminuant sans ou avec traitement, mais réapparaissant dans

certaines circonstances. Il est donc nécessaire de prendre en compte le contexte d'apparition des symptômes. *On retrouve à chaque fois une situation vécue de façon analogique à l'abus sexuel* : un événement qui, par l'émotion qu'il déclenche chez le patient, réactive une souffrance mal identifiée, diffuse, sans circonstance déclenchante réellement identifiable. Un signe assez fréquent : la disparition du symptôme sans raison apparente, qui réapparaît plusieurs années après, le patient ayant oublié la ou les premières poussées (crises de boulimie, anxiété, panique, compulsions, troubles de la sexualité, alcoolisation, tabagisme intensif, dépression, etc.). Il installe une amnésie protectrice d'une autre situation insoutenable enfouie dans une amnésie encore plus profonde : celle de l'abus. Les troubles de l'estime de soi et de culpabilité sont quasi permanents.

Troubles somatiques polymorphes

1. *Syndrome de l'intestin irritable (SII)* : alternance diarrhée-constipation, douleurs abdominales et périnéales, ballonnement. Le mécanisme de la constipation est dû à un anisme : l'abus entraîne une inversion du réflexe de contraction ou d'ouverture du sphincter anal lors de l'émission des selles : il se ferme au moment de l'ouverture. Le diagnostic est facilement porté : il suffit de demander au patient de contracter son sphincter, il le détend. Le toucher rectal effectué chez un patient auquel on explique le mécanisme de ce trouble est aisément accepté et permet de confirmer ce diagnostic. Les statistiques occidentales montrent que 50 % des femmes qui ont un SII ont été victimes d'attouchements ou d'abus sexuel.

Les douleurs périnéales, rectales et vaginales, surtout lors des approches ou des relations sexuelles. La patiente se plaint d'absence de désir sexuel, d'impossibilité à la pénétration (vaginisme) ou de douleurs pendant les rapports (dyspareunie), de malaise et du sentiment d'être ailleurs pendant les relations sexuelles où son corps se fige et ne ressent plus rien, d'une pauvreté du désir et du plaisir, et de l'impossibilité de se laisser aller à une relation sexuelle même avec le partenaire ou le mari. Elles disent toujours qu'elles « se sentent souillées et pourries du ventre ». Ces troubles peuvent mener à un dysfonctionnement sévère du couple, malgré la patience et l'amour du conjoint qui « craque » en quelques années. Les patientes, pour sauver leur couple, simulent le plaisir, moyen efficace d'éviter un nouvel éclatement du couple, éclatement tellement difficile à supporter (sentiment de culpabilité), même si sur le plan psychique et physique c'est très dévastateur.

2. Les douleurs abdominales chez l'enfant : apparues dans un contexte inattendu et souvent rapportées à une gastro-entérite, une colite... Il faut rechercher avec qui ou chez qui se trouvait l'enfant et à quelle période les troubles sont apparus. Et tenter de repérer aussitôt les troubles du comportement familial, social ou scolaire qui apparaissent immédiatement.

3. Les douleurs pelviennes chroniques de l'adulte sont un cadre nosologique dans lequel plus d'un médecin et d'un gynécologue a perdu son latin. Une fois la lésion éliminée, l'endométriose étant la plus fréquemment observée, il faut poser la question de la recherche d'un abus. Que de colites droites ou gauches, de douleurs ovariennes, de douleurs utérines cachent ce diagnostic d'abus !

4. Les comportements répétitifs avec prise de risque : relations sexuelles multiples, avec des partenaires de passage, sans précaution particulière, prise de drogues et d'alcool pour s'autoriser à avoir des relations sexuelles, alcoolisation massive dans des lieux publics, tentatives de suicide multiples, scarifications à répétition.

5. Enfin, et surtout, la modification de l'élan vital de l'enfant qui brutalement dysfonctionne à la maison, en classe, interrompt ses activités, s'isole et se retire de la relation aux autres. Une masturbation précoce et répétitive, des propos et des comportements trop orientés sur la sexualité sont très hautement révélateurs d'un abus. Le plus souvent, les études deviennent chaotiques, la vie du sujet aussi.

6

Du côté de l'agresseur

Depuis un quart de siècle, on assiste à une augmentation constante des délits et crimes sexuels : en 1996, ils concernent 12,5 % de la population incarcérée... En vingt ans des condamnations pour viol ou attentat aux mœurs se sont multipliés par 6 : 600 en 1975, 3 600 en 1995. Et, durant ces dix dernières années, les incarcérations liées à ces actes se sont accrues de + 110 % !

Autant de faits qui placent les systèmes publics, tant judiciaire que sanitaire, devant une responsabilité éthique, que ce soit face aux victimes, auxquelles il convient d'apporter une aide thérapeutique, ou face aux agresseurs qu'il faudrait prendre en charge, tant au plan pénal que thérapeutique, afin de protéger d'une éventuelle récidive tous les citoyens, enfants et adultes, victimes potentielles. Mais qui sont donc ces agresseurs ?

Les différents types d'agresseurs

Une dizaine d'années d'attention à la question a permis de prendre la mesure du problème, d'établir une typologie des abuseurs et de préciser leur profil. Mais il faut être attentif à l'effet pervers qui consisterait à désigner *a priori* comme « à risque », à pré-stigmatiser en quelque sorte, des catégories de personnes (éducateurs, prêtres, etc.) et à créer ainsi un climat de suspicion, voire de chantage.

Les abuseurs peuvent schématiquement se répartir en deux catégories :

– *Les impulsifs*. Ils passent à l'acte de façon brutale, sont incapables de maîtriser une pulsion sexuelle ou simplement un

désir. Il peut s'agir de petits délinquants, parfois de « bonne famille », qui se laissent entraîner dans une situation qui leur échappe complètement et que l'effet de groupe empêche de reculer de peur de perdre la face. On retrouve aussi dans cette catégorie d'abuseurs des personnalités limites qui passent facilement à l'acte et perdent le contrôle. Mais ont-ils jamais appris les limites ou le contrôle ? Dans ce groupe, on rencontre aussi des personnalités franchement pathologiques, perverses délirantes, justiciables d'une chimiothérapie antipsychotique, rarement bien acceptée, encore plus rarement bien suivie, pour lesquels la prise d'hormones visant à inhiber le désir sexuel et entraînant une « castration hormonale » est également mal observée. Les lois françaises sont ainsi faites qu'elles laissent ce type de personnalités en libre circulation, avec un minimum de contraintes et peu de mesures de protection vis-à-vis des victimes potentielles. Choix de société ? Du bon usage des libertés et de leur détournement...

– *Les vampires*. Ce terme est choisi à dessein, il ne s'agit pas d'un effet de manche... Il correspond en psychopathologie à la personnalité perverse narcissique, bien étudiée et décrite par Gérard Lopez¹ dans *Le vampirisme au quotidien. Réflexions sur Dracula et la psychologie des vampires*. L'expérience clinique développée au contact des victimes m'a permis de retrouver un certain nombre de constantes dans leurs comportements. Étonnamment, quand l'abus est refoulé dans une amnésie protectrice, les victimes se souviennent parfaitement des stratagèmes utilisés par leurs bourreaux. Il leur manque malheureusement les clés de l'interprétation de ces gesticulations et surtout l'attention d'un proche pour éviter le drame. Je m'intéresserai donc davantage à ce type de personnalité que l'on rencontre ordinairement tous les jours, à laquelle on porte quelquefois amitié, affection, considération et respect, et qui se révèle être, de façon tout aussi ordinaire, d'une extraordinaire nocivité et toxicité pour ceux qui croiseront un jour le chemin de sa perversité. Mais le vampire ne peut vivre et survivre que par ses victimes, son baiser n'a rien de l'amour. Il vide le sujet de sa

1. G. Lopez, *Le vampirisme au quotidien*, Paris, L'Atelier de l'Archer, 2000.

vie, de son énergie. Et le temps de le laisser reprendre son souffle, il fond à nouveau sur lui. Fascination mortifère qu'il vaut vite briser.

Mais qu'ai-je fait pour que cela m'arrive un jour ? se demande la victime, toujours noyée de douleur et de culpabilité. « Coupable, vous avez dit coupable ? », m'étonné-je chaque jour en entendant cette question lancinante et dévastatrice !

Le développement qui suit met au jour les techniques élémentaires et rapidement identifiables qui permettent de se poser les bonnes questions face à des situations simples et complexes à la fois. Simples, parce que nous ne pouvons passer notre vie à soupçonner toutes les personnes qui sont en contact avec nos enfants, complexes, parce que nous manquons de distance dans certaines situations et que cette proximité nous empêche d'évaluer objectivement une réalité qui vient parfois perturber le bon ordonnancement et l'harmonie de notre vie.

L'agresseur et ses stratégies

Mais comment font-ils, comment osent-ils, comment arrivent-ils à leurs fins, comment s'organisent-ils ? Chaque abuseur utilise une stratégie en parfaite adéquation avec la situation dans laquelle il évolue. Ce sont souvent de véritables experts de la manipulation, tant sur le plan de la rhétorique que sur celui de l'adaptation. Il s'agit, le cas échéant, de personnalités si bien adaptées qu'elles sont citées en exemple et occupent des postes à responsabilité, parfois à un niveau très élevé de la société. Leur perversité est remarquablement « habillée et maquillée » sous des actions à vocation sociale, politique, religieuse : les exemples de ce type foisonnent.

Le ressenti de l'agresseur au moment des faits

Le plus souvent, durant l'acte, il ressent un sentiment d'apaisement et de plaisir, parfois suivi de dégoût et d'insatisfaction. C'est précisément la recherche de cet apaisement que vise l'acte délictueux, apaisement vécu comme une forme de sauvegarde

psychique, en réponse au dépassement de l'excitation qui constitue pour lui une situation d'urgence.

C'est d'abord le plaisir à l'excès : « un plaisir très puissant », « une grande excitation sexuelle », « une jubilation », « une joie intense ». Ce déchaînement du plaisir semble correspondre à l'éprouvé physique de la transgression, le plaisir serait sans limite, dans un sentiment de toute-puissance qui fait disparaître la réalité de l'objet :

« [...] une excitation telle que je ne pense plus à l'enfant, je ne pense plus qu'à moi, à mon plaisir [...] »

Cependant, ce dépassement prend parfois une dimension inquiétante pour le sujet lui-même qui se déclare alors « dans un état anormal ». Il se « demande ce qui lui arrive », dit « ne pas comprendre ce qui se passe », il est « dépassé » par ce qu'il ressent. Il n'est « pas vraiment lui-même » ou est « en dehors de lui-même ». Dans ces instants, les sujets verbalisent une « rupture » pour tenter d'échapper à ce dépassement, l'acte est alors décrit comme « machinal », « irréfléchi », « en dehors de tout contrôle ».

Cette excitation peut parfois prendre une dimension telle que le sujet se sentira déshumanisé par elle :

« Pendant [*le passage à l'acte*] ce n'est pas la même chose qu'avec une femme, c'est plus brutal, animal, j'ai même envie de mordre. » (violet d'adulte)

Fréquemment, le sujet dit qu'« après [*il*] a regretté ».

« Dès qu'elle a pleuré, c'est le dégoût de ce que j'ai fait qui est venu. »

Cet « après » signe l'impossibilité d'un contrôle et l'effacement des limites subjectives, ce qui entraîne que :

« Ce n'est qu'après que je me suis rendu compte que j'avais fait une bêtise. »

Un dernier sentiment décrit est celui d'une perte de contrôle : c'est la dimension assez souvent évoquée du soulagement, voire « d'une grande libération ». Ces dernières réponses mettent en lumière la dimension d'impérieuse nécessité de l'acte.

Pendant l'acte, certains sujets éprouveront aussi de la haine, de la colère, de la rage ou du mépris à l'encontre de leur victime. Mais, parfois, ces perceptions émergent dans une indistinction telle qu'il est difficile pour le sujet de dire à qui s'adressent ces sentiments, à lui-même ou à sa victime :

« J'avais de la haine, mais c'était peut-être envers moi, de faire un tel acte, je ne sais plus. »

À l'opposé, on rencontre assez fréquemment des sujets qui disent ne rien éprouver pendant l'acte, dans une sorte de banalisation de l'acte délictueux.

Le discours de l'agresseur sur ses actes

Les deux tiers des agresseurs reconnaissent le délit, se jugent dans un état « anormal » au moment de leur passage à l'acte.

Il est remarquable de noter que 67 % d'entre eux pensent que quelque chose ou quelqu'un aurait pu empêcher les faits. C'est le « hasard » : « si quelqu'un d'extérieur était intervenu », *quelle que soit cette personne*, cela ne serait pas arrivé. En effet, souvent, il est précisé « n'importe qui », même des passants qui ont assisté à la scène. La compagne de l'agresseur est aussi assez fréquemment évoquée, avec l'idée d'une carence affective.

Il est courant que le sujet s'accuse lui-même d'avoir – ou de n'avoir pas – fait ce qui aurait pu éviter le délit :

« Je n'aurais jamais dû lire ce livre. »

« Si je n'avais pas trouvé un endroit discret, ça serait pas arrivé. »

À côté de ces faux-fuyants, certains sujets expriment un regret véritable de n'avoir pu « parler » à quelqu'un, de n'avoir pas engagé une thérapie plus tôt. Il aurait pu s'agir d'une personne en position d'autorité : un proche affectif, un supérieur ou un

représentant de la loi. Dans ces cas, l'expression se fait sous forme de grief : ces personnes connaissaient les tendances ou les risques de passage à l'acte que présentait le sujet, et rien n'a été fait.

Nombre de sujets font montre d'une réelle « bonne foi » dans leurs affirmations :

« Mes parents savaient mes tendances, mais ils ont fait comme s'ils ne savaient pas. »

« Ma femme savait ce qui se passait, elle n'a jamais rien fait ni dit. »

Ces dires sont à interpréter comme des attentes par rapport aux parents : les parents ne sont pas assez protecteurs. Ce qui renvoie aux réponses incriminant directement les parents du sujet :

« Si mon père ne m'avait pas battu dans l'enfance, ça ne serait pas arrivé. »

Enfin, souvent, l'agresseur met en cause la victime elle-même : elle aurait pu empêcher l'acte. Majoritairement, c'est le non-refus de la victime qui est évoqué :

« Si elle m'avait dit non, je n'aurais pas agi contre sa volonté. »

« Si elle s'était opposée, jamais je ne l'aurais fait. »

Ou encore : « elle n'avait qu'à pas être là ». Derrière ces réponses, transparaît l'intention de faire endosser la « faute » à la victime, par le mécanisme bien connu de projection :

« Elle n'avait qu'à dire quelque chose, mais comme elle n'a rien dit... »

Toutefois, les réponses fournies par les abuseurs sont variables à souhait. Certaines sont vraiment fondées, ce qui signifie que, réellement, si la victime n'avait pas été sidérée et avait pu intervenir verbalement, l'acte aurait peut-être été évité. Mais nombre de ces sujets semblent complètement incapables d'évaluer la réalité de ce qu'ils éprouvent au moment du déclenchement de l'acte et pensent, de manière inadéquate,

que l'acte aurait pu être empêché. Ce qui nous permet d'affirmer qu'ils ne sont pas aptes à évaluer leur degré de dangerosité, et, également, que le déclenchement de l'acte se déroule sous un régime de clivage psychique.

En résumé, pendant l'agression, l'acte délictueux procure essentiellement un sentiment d'apaisement, retour au calme qui suit le dépassement par l'excitation au moment du déclenchement de l'acte. Ce dépassement est vécu comme inquiétant par les sujets, car ils perçoivent cette impossibilité de contrôle et l'effacement de leurs limites subjectives. L'agresseur serait-il plus acteur qu'auteur de son acte ? Le fait de se sentir « anormal » au moment de l'acte, constituerait un bon indicateur de prise en charge thérapeutique.

Les lieux des agressions

Elles peuvent se produire partout. Voici les résultats de l'étude sur l'agression sexuelle menée en Colombie-Britannique entre 1985 et 1989, par les services gouvernementaux du Canada. J'y ai ajouté des éléments plus récents, tous issus de ma pratique quotidienne et des informations qui nous parviennent par les médias de tous ordres.

Certains agresseurs profitent d'occasions fortuites au cours desquelles ils sont mis en contact avec des enfants. Ils saisissent ces opportunités pour les contraindre et les manipuler. Un grand nombre, toutefois, planifie à l'avance ces rencontres. Ils créent des conditions qui leur permettent de prendre en charge et contrôler des enfants avec une certaine fréquence ou régularité : pratique de sports, d'excursions, de baby-sitting, de garde d'enfants, ou encore cours privés...

Ces différentes informations, issues d'une enquête rigoureuse, mettent en évidence la diversité des stratégies des agresseurs et des lieux où peuvent se dérouler les abus en dehors de la famille nucléaire (famille de première intention) ou recomposée (à la suite de divorce, de deuils, de l'apparition de nouveaux enfants sans lien de consanguinité, de demi-frères ou

sœurs, ou d'enfants issus de l'adoption). La multitude de facteurs d'exposition au risque d'abus ne doit pas empêcher les parents comme les enfants de mener une vie normale, au contact du monde et des réalités environnantes.

Il est simplement prudent d'informer, précisément, les enfants des risques auxquels ils peuvent être exposés, dans le but de leur apprendre les limites au-delà desquelles ils doivent refuser toute tentative d'approche inhabituelle qui les gêne, les perturbe ou les contraint. Il faut leur apprendre également à dire non, haut et fort, à repousser physiquement l'abuseur, à se sauver, dans tous les sens du terme, et, surtout, leur dire qu'ils doivent en parler immédiatement à la personne qu'ils pourront choisir librement (cf. chap. 11, p. 133).

**Hermine, 40 ans, mère de deux enfants,
atteinte de dépression chronique**

Elle vit en Suisse. Au cours de sa psychothérapie, elle met au jour l'abus sexuel du prêtre de sa paroisse : alors qu'elle avait 8 ans, celui-ci, pour mieux lui apprendre le catéchisme avait demandé que ses parents l'envoient régulièrement chez lui. Elle y subissait des attouchements, puis était obligée de pratiquer une fellation, à la suite de quoi il lui offrait un bonbon (elle déteste les bonbons depuis). Ensuite, il la sodomisait. Ces pratiques ont duré jusqu'à ce qu'il trouve une autre victime. Et il y avait tant de fillettes à préparer à la communion ! Étrange *communion* que celle d'une brebis galeuse au sein d'une Église qui n'a pas osé condamner ce prêtre au procès canonique demandé par Hermine : rejet de la plainte faute de preuves !

Les lieux de grand danger

Au domicile de l'agresseur : les enfants sont forcés de se rendre au domicile de l'agresseur, ou sont attirés vers ce lieu, où ils sont agressés, individuellement, en groupe ou les deux.

Au domicile de la victime : après avoir gagné la confiance des parents ou des tuteurs, l'agresseur « rend visite » à la victime et l'abuse dans sa propre maison.

Dans différents lieux de loisirs et de détente, un camping, au cours d'une promenade à l'extérieur de la ville, l'agresseur simule un réel intérêt pour les enfants, gagne la confiance des parents qui l'autorisent à amener leurs enfants à l'extérieur où sont ensuite perpétrées les agressions.

Ailleurs : des abus peuvent avoir lieu au travail, dans les garderies, les écoles, les églises, les hôpitaux ou dans les voitures, promenade proposée en l'absence des parents – (voir chap. 13, les cas en thérapie) – ou fourgonnettes utilisées pour transporter les enfants d'un endroit à un autre. L'agresseur choisit alors plusieurs lieux (affaire Émile Louis et des enfants handicapés dans l'Yonne).

Dans des établissements spécialisés ou des résidences dédiées à l'accueil d'enfants : les agresseurs sont « attirés » par les foyers d'accueil, les foyers de groupes – pensionnats et autres établissements du genre – où ils accèdent à des postes de responsabilité et de confiance. Les enfants et les jeunes présentant des handicaps ou nécessitant des soins particuliers sont les plus exposés aux abus, lorsqu'ils sont sous la responsabilité de l'abuseur pendant une longue période ou qu'ils résident nuit et jour dans le même lieu que leur abuseur.

Plus subtile, la pratique des réseaux téléphoniques (bouche à oreille) ou les contacts Internet, par le biais de sites pédophiles ou de groupes de contacts : de véritables banques de données photographiques ou vidéos sont proposées aux pédophiles et abuseurs qui font leur choix et payent en ligne. Plus discrets encore sont les réseaux tissés au sein de groupes aux intérêts communs, comme cela fut découvert dans certaines villes du nord de la France où des parents de famille en grande détresse vendaient ou louaient leurs jeunes enfants, des nourrissons aussi, à des notables, civils et religieux, pour des soirées orgiaques, voire sado-masochistes. Des crimes sordides ont même eu lieu au cours de ces réunions : les exécutants « seconds couteaux » sont sous les verrous ou identifiés, les initiateurs ou les responsables de ces réseaux continuent à ce jour d'agir et de se repaître, tel Saturne dévorant ses enfants.

7

L'état de la recherche sur les conséquences de l'abus sexuel chez l'homme

Ce travail est extrait de la thèse de doctorat rédigée et présentée par Patrick Grisé, à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.) en psychologie, en janvier 1998 à l'Université de Montréal.

Je le remercie vivement de m'avoir autorisé à utiliser de larges extraits de son travail.

Le cycle de l'abus

Il semble exister un consensus assez large à la fois sur l'une des causes et l'une des conséquences à long terme, chez les hommes, de l'abus sexuel. En effet, la croyance voulant que les agresseurs aient été eux-mêmes abusés dans l'enfance est très largement répandue, aussi bien chez les cliniciens que dans la population en général (Freund, Watson et Dickey, 1990).

Des chercheurs affirment ainsi qu'une majorité de sujets, parmi les agresseurs sexuels, ont été eux-mêmes abusés sexuellement (Freeman-Longo, 1986 ; Howitt, 1995). Certains types de thérapie développés auprès des abuseurs basent toutes leurs interventions sur cette hypothèse, sans jamais se préoccuper de son bien-fondé (Groth et Burgess, 1977). Ces chercheurs et cliniciens s'appuient généralement sur leur expérience clinique avec des agresseurs sexuels, ou bien sur des recherches parfois méthodologiquement mal construites. En effet, certaines études n'ont tout simplement pas prévu de groupe de contrôle (Greenberg, Bradford et Curry, 1993 ;

Howitt, 1995 ; Longo, 1982), tandis que d'autres sont effectuées sur des échantillons si restreints qu'on ne peut réaliser d'analyses statistiques (Hanson et Slater, 1988).

Trois modèles théoriques principaux sont invoqués pour expliquer le lien possible entre les abus sexuels subis dans l'enfance et les agressions sexuelles commises plus tard.

1) Tout d'abord, certains auteurs soutiennent que les comportements sexuels déviants sont appris, comme tous les autres comportements. La théorie de l'apprentissage explique l'acquisition et le maintien des préférences sexuelles, en utilisant les concepts en rapport avec le conditionnement. Puisqu'un comportement doit être suivi d'une conséquence positive pour être renforcé, cette théorie semble, de plus, être proche des études qui indiquent que les hommes victimes d'abus sexuel dans l'enfance affirment, plus souvent que les femmes qui ont vécu le même type d'abus, avoir ressenti une certaine forme de plaisir au cours des abus (Okami, 1991). Cependant, cette théorie n'explique en rien pourquoi un enfant qui fait l'expérience de plaisir au cours d'abus sexuels commis par un adulte développerait un intérêt sexuel pour d'autres enfants, et non pas pour des hommes adultes. De plus, cette théorie minimise les émotions négatives ressenties dans la majorité des cas (Finkelhor, 1986).

2) D'autres auteurs soutiennent que le *modeling* expliquerait le lien entre les abus sexuels et les agressions sexuelles. Paperny et Deisher (1983), ainsi que Greenberg, Bradford et Curry (1993) précisent que les victimes tendraient à reproduire des gestes sexuellement déviants du fait de l'influence d'un modèle.

3) La psychanalyse est la troisième théorie qui permettrait d'expliquer le lien entre abus sexuels subis et agressions sexuelles commises. Selon cette approche, commettre un abus sexuel serait une façon pour l'abuseur d'exprimer la colère qu'il a ressentie au cours des abus qu'il a lui-même subis. Toujours selon cette perspective, on pourrait comprendre l'agression sexuelle comme une tentative, de la part de l'abuseur, ancienne victime, de reprendre le rôle dominant dans une relation avec un enfant, afin de restaurer sa propre masculinité (Stava, 1984).

Toutefois, deux observations viennent jeter un doute sur la validité de ces théories.

1) Si les abus sexuels subis dans l'enfance sont reliés d'une quelconque façon au développement d'intérêts sexuels déviants à l'âge adulte, comment expliquer le fait que la plupart des victimes soient des femmes, alors que la grande majorité des agresseurs sont des hommes ? Il serait, en effet, difficile d'expliquer en quoi les processus responsables de l'acquisition d'intérêts sexuels déviants diffèrent entre les hommes et les femmes.

2) On trouve aussi dans d'autres populations un taux élevé d'abus sexuels au cours de l'enfance. Ainsi, on relève en général des taux d'abus comparables dans une population psychiatrique (Jacobson, 1989 ; Margo et McLees, 1991) et dans une population de criminels (Benoit et Kennedy, 1992 ; Hanson et Slater, 1988). On sait qu'un grand nombre d'agresseurs incarcérés pour des délits sexuels ont également commis d'autres types de crimes.

Il est donc difficile de déterminer si le lien entre la réalisation de crimes sexuels et un vécu d'abus sexuel dans l'enfance n'est pas tout simplement un effet des conséquences d'un environnement abusif sur le développement de comportements délinquants en général.

Enquête

La méthodologie habituellement utilisée afin de déterminer si l'abus sexuel subi dans l'enfance est associé à des comportements sexuels déviants à l'âge adulte se résume au décompte des individus qui, parmi une population d'agresseurs, rapportent avoir été abusés sexuellement dans l'enfance, puis à comparer le taux obtenu avec taux d'abus relevé dans une population composée de non-délinquants sexuels.

Ces auteurs cherchaient, entre autres, à déterminer si des contacts sexuels entre enfants et des abus sexuels subis dans l'enfance prédisposaient les sujets à développer par la suite des comportements sexuels déviants.

Une étude tente de répondre à cette question. Haywood, Kravitz, Wasyliw, Goldberg et Cavanaugh (1996) ont distribué des questionnaires à 45

abuseurs d'enfants et d'adolescents et à 24 membres du clergé, accusés d'agressions sexuelles sur des enfants.

Les auteurs ont comparé les réponses obtenues avec celles de 40 hommes qui n'avaient pas été accusés de crimes sexuels, et avec celles de 48 membres du clergé qui, eux non plus, n'avaient pas été accusés d'agressions sexuelles. Les auteurs s'intéressaient, entre autres, au taux d'abus sexuel que l'on retrouvait dans chacun des groupes. Les résultats indiquent que les abuseurs ont été agressés sexuellement dans l'enfance dans une proportion environ six fois plus élevée que les non-pédophiles.

On retrouve une proportion similaire chez les membres du clergé : les membres du clergé accusés d'avoir abusé sexuellement d'un enfant rapportent avoir eux-mêmes été agressés environ cinq fois et demie plus souvent que les membres du clergé non accusés d'abus sexuel. D'après leurs analyses, les sujets abusés sexuellement dans l'enfance avaient 3,55 fois plus de risques de devenir eux-mêmes des agresseurs sexuels que les sujets non abusés.

Les résultats, quoique fort intéressants, sont toutefois difficiles à interpréter. En effet, les auteurs n'indiquent pas quels étaient les termes utilisés pour définir les abus sexuels.

L'âge auquel les abus sont survenus ainsi que les autres caractéristiques des abus sont également inconnus. La plus grande faille de cette étude, à l'instar de celles déjà citées, consiste en l'utilisation de rapports rétrospectifs chez des individus qui avaient un intérêt à se présenter comme victimes plutôt que comme agresseurs.

Il n'est pas difficile d'imaginer toute la honte ressentie, surtout pour un membre du clergé, à la suite d'une accusation d'abus sexuel sur un enfant. Ces hommes sont conscients du sentiment de révolte que provoquent leurs crimes dans la population. Pour certains d'entre eux, leur demander s'ils ont eux-mêmes été victimes d'abus sexuels représente une occasion unique de se réhabiliter aux yeux de leur entourage et du public.

Il est important de remarquer les taux d'abus les plus élevés dans les recherches utilisant une définition plus large de l'abus sexuel.

En général, les taux d'abus sexuels que l'on retrouve dans le passé personnel des agresseurs varient entre 25 % et 33 %. Les quelques études qui ont eu recours à un ou à plusieurs groupes de contrôle révèlent un taux d'abus plus élevé chez les agresseurs sexuels que chez les non-agresseurs.

Une chose semble bien démontrée : une minorité seulement d'agresseurs sexuels (autant violeurs que pédophiles) affirme avoir été abusée sexuellement dans l'enfance, ce qui va à l'encontre des idées généralement

véhiculées. Si l'on tient compte du fait que les agresseurs pourraient avoir intérêt à se présenter comme d'anciennes victimes, on pourrait déduire que le taux réel d'abus sexuels subis dans l'enfance dans cette population s'apparente à celui observé dans la population masculine en général (entre 3 % et 30 %, selon Peters, Wyatt et Finkelhor, 1986).

Ainsi, ce facteur s'avérerait invalide et les chercheurs devraient tenter de trouver des méthodes différentes pour tester leurs hypothèses relatives au rôle de l'abus sexuel dans l'enfance dans le développement d'intérêts sexuels déviants à l'âge adulte.

Par ailleurs, chez les enfants et les adolescents commettant des agressions sexuelles (Vizard, Monck et Misch, 1995), on retrouve également un taux d'abus sexuel relativement élevé au cours de la petite enfance. Entre 30 % et 70 % des jeunes (selon les études) qui ont commis des agressions sexuelles sur d'autres jeunes reconnaissent avoir eux-mêmes été abusés sexuellement. Encore une fois, on remarque que dans la majorité des études seulement une minorité d'agresseurs révèle avoir été abusée sexuellement et que certaines études (Benoit et Kennedy, 1992) n'ont pas établi de liens significatifs entre le fait d'avoir été abusé sexuellement dans l'enfance et le fait de commettre des agressions sexuelles ultérieurement. Qui plus est, Awad et Saunders (1991) ont même remarqué que les abus physiques subis dans l'enfance étaient plus fortement associés aux comportements sexuels déviants que les abus sexuels eux-mêmes. Worling (1995) semble aussi avoir démontré qu'une histoire d'abus physique était plus fortement associée aux crimes sexuels commis par des adolescents sur des victimes de leur âge.

À la lumière des études présentées, l'hypothèse générale permet de souligner que des hommes abusés sexuellement dans l'enfance développeront des intérêts sexuels plus déviants que ceux n'ayant pas été abusés sexuellement dans l'enfance.

Plus précisément, il peut être relevé que :

- des hommes abusés sexuellement dans l'enfance présenteront davantage d'excitation sexuelle face à des stimuli déviants que d'autres hommes non abusés sexuellement dans l'enfance ;
- les hommes victimes d'abus sexuels dans l'enfance manifesteront plus de symptômes de stress post-traumatique que les hommes non abusés sexuellement dans l'enfance ;
- les sujets abusés sexuellement dans l'enfance sont plus souvent victimes d'abus physiques que les sujets du groupe de contrôle ; les abus physiques

seront ainsi associés à la déviance sexuelle des sujets et aux symptômes de stress post-traumatique ;

– chez les hommes abusés sexuellement dans l'enfance, la durée, la fréquence des abus et l'âge lors du premier abus sont associés à la déviance sexuelle ; c'est-à-dire que :

- plus l'abus initial s'étendra sur une longue période, plus la déviance sera importante ;
- plus les abus auront été fréquents, plus le niveau de déviance tendra à être élevé ;
- plus jeune aura été la victime au moment du tout premier abus, plus la déviance sera marquée.

Au terme de la lecture de ce travail de recherche, extrêmement bien documenté, ne devrions-nous pas reconsidérer cette attitude un peu trop bienveillante vis-à-vis des agresseurs sexuels ? Avoir vécu – si tel est bien le cas – un abus sexuel dans l'enfance n'implique nullement le passage obligatoire à l'acte vis-à-vis d'un autre enfant ou adolescent. Ce détournement, à leur profit, de certains concepts de psychologie sert les vampires. Et cela ne fragilise-t-il pas davantage celui qui est censé faire respecter l'ordre social et la loi ?

8

Les agressions sexuelles multiples

L'agression sexuelle multiple désigne l'agression d'un certain nombre d'enfants par le même agresseur ou un par un groupe d'agresseurs. Sur ce sujet, les travaux initiés – une fois de plus – en Amérique du Nord font référence. Nous reproduisons ci-dessous les conclusions d'une longue étude effectuée en Colombie-Britannique (Canada).

Justification et méthodologie

C'est dans le but d'obtenir des renseignements susceptibles de préciser la nature de ces agressions et d'appuyer les interventions des travailleurs de première ligne que le *Child and Youth Mental Health Services*, du ministère de la Santé de Colombie-Britannique, a mené cette étude qui porte sur 30 cas d'agressions sexuelles multiples sur des enfants, qui se sont produits dans 21 communautés de la province. Tous ces cas ont fait l'objet d'enquêtes entre 1985 et 1989.

Les principaux renseignements sur ces cas et sur les interventions communautaires ont été obtenus par le biais d'entrevues réalisées avec des intervenants de première ligne. Les équipes multidisciplinaires, qui ont été appelées à enquêter sur les cas d'agression et à intervenir, ont été invitées à participer à des rencontres d'une demi-journée à une journée complète. Les membres de ces équipes ont alors passé en revue, comparé et compilé les principales données sur ces cas. De plus, nombre d'entre eux ont présenté des notes écrites et des documents sur leurs interventions.

L'équipe de chercheurs n'a pas interviewé les enfants qui ont été agressés, ni leurs parents, dont bon nombre étaient encore sous le choc des agressions et de leur divulgation.

Les agressions se produisent parfois au sein d'une même famille ou d'un même quartier, mais elles touchent en général des enfants issus de différents secteurs d'une ville. De plus, il arrive souvent que les agressions ne se limitent pas à une seule ville ou à une brève période de temps. Elles s'échelonnent fréquemment sur des mois, voire des années, et concernent des enfants de plusieurs villes, parfois même de plusieurs départements, lorsque l'agresseur change de lieu de résidence.

Plusieurs genres d'agressions sexuelles multiples à l'égard d'enfants ont été définis. Nous présentons ci-après cinq types fréquents, qui ne s'excluent toutefois pas les uns les autres, car il arrive que pour un même cas on relève deux ou plusieurs types d'agression.

Le type d'agression

Agression centrée sur une ville

Les agressions sexuelles sont planifiées, dirigées et perpétrées par une personne ou un petit groupe de personnes. Elles ont souvent lieu dans la résidence de l'agresseur ou sur son lieu de travail ; l'agresseur est alors en position de contraindre, de manipuler les enfants et d'abuser du poste de confiance qu'il occupe. En outre, les agresseurs contraignent souvent d'autres personnes, y compris les victimes, à les aider.

Agression en établissement

Les agressions sont commises principalement dans des établissements ou des institutions, notamment des foyers d'accueil et des pensionnats, où il arrive que les agresseurs vivent avec les enfants qui sont leurs victimes.

Réseau des agresseurs

Les agressions sont perpétrées par des groupes ou des réseaux plus larges dont les activités peuvent s'étendre sur plusieurs endroits et plusieurs communautés.

Exploitation sexuelle d'enfants à des fins commerciales

Les agressions sont liées à des gains financiers. Les agresseurs tentent de profiter de l'exploitation des enfants en produisant ou en vendant du matériel de pédo-pornographie, en contraignant leurs victimes à se prostituer, à s'introduire par effraction dans des maisons ou à pratiquer d'autres activités illégales.

Agressions liées à des rituels ou à des cultes

Les agressions sont liées à des pratiques organisées ou systématiques. Les agresseurs appartiennent à des mouvements, des sociétés ou des cultes. Les agressions incluent des pratiques ritualistes, parfois sataniques, dont certaines visent à effrayer et à intimider les victimes, à les endoctriner, à les blesser ou à les punir. Ces agressions s'avèrent particulièrement traumatisantes pour les enfants qui en sont victimes. Les séquelles dont ils seront atteints peuvent évoluer sur plusieurs décennies.

La durée des agressions sexuelles

Certains agresseurs sont restés dans la même ville et y ont agressé sexuellement des enfants pendant de nombreuses années. D'autres ont déménagé plusieurs fois.

Dans les deux cas, les enfants ont été agressés pendant de longues périodes. Lorsque les victimes sont plus âgées, les agresseurs les remplacent souvent par de nouvelles victimes plus jeunes.

La durée des agressions diffère considérablement d'une ville à l'autre, variant de 3 mois à 35 ans, pour une durée moyenne de 9,7 ans.

Le nombre de victimes

Selon des estimations prudentes, ces 30 cas d'agresseurs ont fait plus de 2 000 victimes, soit, en moyenne, 70 enfants par agresseur.

Il est souvent très difficile, pour les victimes et leur famille, de dévoiler ce qui s'est passé. Les victimes sont intimidées par le pouvoir, la situation sociale de l'agresseur, ainsi que par les menaces de représailles qu'il profère. Elles craignent également les réactions négatives de leurs amis, des membres de leur famille et ont peur d'être rejetées par eux. C'est ce qui explique que certaines victimes et familles ont refusé de participer à l'enquête.

Certaines victimes (aujourd'hui adultes) n'ont rapporté les agressions que plusieurs années après qu'elles se sont produites.

Aucune information recueillie dans le cadre de l'étude de la Colombie-Britannique ne laisse penser qu'il y ait eu fausses allégations d'agression sexuelle de la part des enfants.

Le nombre estimatif de victimes (2 000) ne tient pas compte des nombreux enfants qui ont été agressés dans les autres villes où ont résidé les agresseurs avant d'habiter dans les 21 cités de la Colombie-Britannique où se sont produits les 30 cas qui nous intéressent.

Le sexe des victimes

- Dans 50 % des cas, les garçons représentent la majorité des victimes.

- Dans 30 % des cas, les filles représentent la majorité des victimes.

- Dans 20 % des cas, le nombre de victimes est similaire chez les filles et chez les garçons.

Ces conclusions montrent une différence entre les agressions individuelles (par exemple, les cas d'inceste ou les agressions au sein d'une famille) et les agressions multiples. Dans le premier cas, les victimes sont majoritairement des filles. En revanche, dans les cas d'agressions multiples, les risques sont plus grands pour les garçons que pour les filles.

L'âge des victimes

- Dans 57 % des 30 cas, la majorité des victimes a 12 ans ou moins lorsque les agressions sexuelles ont commencé.

- Dans 30 % des cas, le pourcentage d'enfants de moins et de plus de 12 ans est à peu près le même.

- Dans 13 % des cas, la majorité des victimes a plus de 12 ans lorsque les agressions ont commencé.

Bien que des enfants plus âgés soient souvent parmi les victimes, les enfants de 12 ans et moins forment un groupe à risque élevé.

Il est difficile d'estimer les risques pour les très jeunes enfants (0-5 ans). L'étude n'a en effet pas tenu compte des rapports d'agression pour lesquels les enquêtes officielles n'ont pu être menées à leur terme, soit parce que les enfants étaient trop jeunes, soit parce qu'ils étaient incapables d'expliquer clairement aux enquêteurs ce qui leur était arrivé.

Les antécédents personnels et familiaux des victimes

Dans 33 % des 30 cas, les victimes sont issues de familles stables et intactes. Dans ces familles, aucun cas d'agression sexuelle n'a été rapporté avant que ne soient dévoilées les agressions liées aux cas cités dans l'étude. Les enfants se développent bien aux plans social et scolaire et nombre d'entre eux sont considérés comme doués par leurs enseignants.

Dans 66 % des cas, la plupart des victimes ont vécu beaucoup d'expériences traumatisantes avant d'être agressées sexuellement. Ces expériences sont liées à un ou plusieurs des facteurs suivants :

- ces enfants font partie de familles perturbées présentant des antécédents de violence familiale, d'alcoolisme ou d'autres toxicomanies, d'agression antérieure contre des enfants ou d'activités criminelles ;

- il a été décelé chez ces enfants des problèmes d'adaptation importants : des troubles du comportement, des difficultés d'apprentissage (trouble déficitaire de l'attention), ou d'autres incapacités, déficits ou besoins particuliers.

Le profil de l'agresseur

Les agresseurs ont en commun certaines caractéristiques. Ils sont connus de leurs victimes. La plupart sont des hommes.

Une fois les agressions commencées, ils utilisent divers moyens : coercition, chantage, menaces, punitions et autres formes de cruauté, pour contrôler et manipuler les enfants. Ils tentent de forcer les enfants à se plier à leur demande, tout en mettant en place un système qui empêche leurs victimes de les dénoncer ou d'échapper à leur contrôle.

Dans leurs rapports avec les autres membres de la communauté et leurs collègues, les agresseurs s'efforcent de donner l'impression qu'ils aiment aider les enfants, qu'ils sont eux-mêmes de bons parents, qu'ils entretiennent de bonnes relations familiales et conjugales. Certains agresseurs devenus parents adoptifs ou d'accueil ont utilisé cette situation pour convaincre leurs amis et les parents des victimes de leur dévouement total envers les enfants.

En fait, les agressions ont souvent lieu au domicile de l'agresseur, à l'abri du regard des autres adultes. Dans certains cas, les agresseurs forcent leurs propres enfants à inviter leurs amis à la maison, lieu où ils peuvent dissimuler leurs activités et contraindre plus facilement leurs victimes.

Certains agresseurs se sont servis du poste de confiance qu'ils occupent au sein de la cité et de l'accès qu'ils ont aux renseignements personnels et aux dossiers des enfants et de leurs familles pour mieux repérer et cibler leurs victimes, les manipuler, et agresser les plus vulnérables.

En outre, les agresseurs choisissent souvent pour conjointes des personnes qu'ils écartent de leurs activités, qu'ils empêchent de dénoncer leurs agressions ou qu'ils peuvent contraindre également à faciliter leurs activités.

– Dans 80 % des 30 cas d'abuseurs, ils occupent des postes de confiance au sein de la cité.

– Il s'agit, dans 50 % des cas, de professionnels (enseignants, travailleurs de la santé sociale, membres du clergé, etc.).

– Dans 30 % des cas, les agresseurs sont des non-professionnels, par exemple des animateurs d'activités pour garçons ou filles (sports, scoutisme, etc.), professeurs de musique, moniteurs de conduite, gardes d'enfants. En charge de ces postes de confiance, les agresseurs sont reconnus et respectés (avant que ne soient révélées les agressions sexuelles) pour leur présumé bon travail auprès des enfants.

– Dans les autres 20 % des cas, les agresseurs sont souvent des amis ou des voisins des victimes. Parfois même, des amis ou des parents de membres respectés (non incriminés) de la communauté, qui se sont servis de leurs liens avec ces personnes occupant des postes de confiance pour gagner également la confiance des enfants et les « contrôler » ensuite.

Certains agresseurs concentrent leurs activités sur des quartiers ou des secteurs où résident des familles perturbées se débattant contre la pauvreté ou le chômage. Les agresseurs simulent alors intérêt et compassion pour ces familles, leur offrant même d'organiser des activités (équipes sportives, jeux, promenades) pour les enfants ou proposant aux familles de garder gratuitement leurs enfants.

Dans quelques cas, l'agresseur était peu connu de la communauté. Un agresseur, par exemple, vivait dans une caravane à la sortie de la ville. Il portait tout particulièrement un intérêt aux sans-abri et aux fugueurs. Il leur offrait d'abord le gîte et le couvert. Puis, il organisait pour eux des jeux et des fêtes. Ce faisant, il leur faisait absorber aussi de l'alcool et d'autres drogues, afin de mieux les manipuler et les contraindre à subir l'agression sexuelle. Il les obligeait également à participer à d'autres activités illégales (vols par effraction, prostitution) pour payer la drogue qu'il leur fournissait et lui permettre aussi de maintenir son niveau de vie.

Le profil des agressions sexuelles

Les agressions sexuelles ont commencé par des stratégies d'emprise de la part des agresseurs : prendre le pouvoir, dominer et contraindre les victimes.

Les enfants tentent de résister aux abus : certains sont capables de s'échapper dès la première rencontre ou de révéler ce qu'ils subissent après un court délai.

Mais un grand nombre d'enfants n'a eu aucune chance d'échapper à l'abuseur. Certains vivent, en effet, dans la même maison ou la même résidence. Ils ont peur qu'il ne s'en prenne à eux (ou à d'autres personnes qui leur sont chères) s'ils résistent ou le dénoncent. L'abuseur exerce sur eux une emprise majeure et de fortes pressions. Les abus peuvent alors durer des mois, voire des années.

Outre les contraintes et manipulations verbales, dans la presque totalité des 30 cas retenus, les enfants ont été soumis à au moins deux des formes d'agressions suivantes :

- auto et/ou hétéro attouchements sexuels, auto et/ou hétéro masturbation ;
- pénétration orale, anale ou vaginale ;
- contrainte à des actes d'exhibitionnisme, à figurer sur des photos, à participer à des tournages de cassettes vidéo à caractère pornographique ;
- exposition forcée à la pornographie : livres et vidéos montrant des actes sexuels explicites ;
- contrainte à absorber de l'alcool ou d'autres drogues pour forcer la victime à se soumettre à l'agression sexuelle.

Les victimes n'ont pas toutes été abusées de la même façon, ni avec la même intensité. La fréquence, la durée et la gravité des agressions ont souvent varié d'une victime à une autre.

**Analyse d'un cas particulier de cette étude :
un directeur d'école abuseur**

L'enquête, dans le cas qui nous intéresse, a porté sur une communauté d'environ 2 000 habitants de l'intérieur de la Colombie-Britannique ; les résidents de cette communauté ont été informés des agressions au milieu des années 1980. Il s'agit d'une communauté à orientation industrielle qui compte de nombreux professionnels. Aucun des habitants n'était préparé à faire face à une situation d'agression sexuelle sur une grande échelle.

Afin d'améliorer ses programmes scolaires et d'offrir des services d'éducation spécialisée pour les enfants présentant des difficultés d'apprentissage, cette communauté fait paraître une annonce pour recruter un nouveau directeur d'école¹ qui sera chargé de mettre sur pied ces services. Les parents pensent avoir trouvé la personne idéale. Il semble répondre à leurs attentes. Il organise régulièrement des activités pour les enfants avant, pendant ou après l'école. Il se rend dans d'autres écoles pour inciter de nouvelles familles à fréquenter son école. Tôt le matin, il emmène les enfants faire des promenades dans le village. Rapidement, il sait gagner la confiance de tous.

Ce faisant, en quelques mois, il agresse sexuellement une forte proportion d'enfants de l'école, d'enfants de ses collègues, de ses voisins et des responsables de la ville. Après révélation des abus, à peine un an après son arrivée dans la ville, les habitants sont choqués et atterrés par le contenu des informations d'agressions sexuelles. Expérience stressante et traumatisante pour les enfants agressés sexuellement (victimes primaires), mais aussi pour leurs amis, leurs familles et les autres membres de la communauté (victimes secondaires).

Tous sont choqués et bouleversés par le contenu des rapports qui leur parviennent, lesquels révèlent le grand nombre d'enfants agressés sexuellement. Au début, certains n'y croient pas, n'arrivent pas à croire que ces rapports et révélations puissent être fondés. Après cette phase initiale de déni, les parents éprouvent une vive hostilité et une grande colère envers l'agresseur. Mais certains habitants vont jusqu'à refuser d'admettre le contenu des rapports et reprochent aux enfants d'avoir proféré de telles accusations. D'autres réagissent différemment : ils se sentent responsables de ne pas avoir découvert les agressions plus tôt, de ne pas avoir suffisamment protégé les enfants, de ne pas avoir pu empêcher les relations avec l'agresseur. Ils ressentent un sentiment de culpabilité et de dépression.

Avec le temps et l'appui des équipes d'intervention locales, ils commencent à surmonter le choc et le stress occasionnés par ces révélations. Ils participent à des séances de thérapie familiale, apportent du soutien à leurs enfants pendant l'enquête policière et les poursuites judiciaires. Ils se sont également joints aux groupes de soutien et aux organismes communautaires créés pour améliorer les services de prévention et d'intervention.

1. Le système anglo-saxon donne au directeur tout le pouvoir et la responsabilité sur les orientations et choix scolaires. De ce fait, il peut être révoqué si les résultats ne correspondent pas aux attentes.

Au sein des communautés, la rapidité avec laquelle les différents quartiers et secteurs ont réussi à surmonter leur douleur et leur traumatisme a varié. Les intervenants de première ligne ont dû faire face à différents niveaux de stress émotionnel et de troubles du comportement. De plus, il s'est avéré également très difficile pour certaines communautés de se remettre du choc. Le processus de guérison a souvent été long, s'échelonnant sur des mois et même des années après la révélation des agressions sexuelles.

9

Les institutions face à l'abus

Rien de plus délicat et sensible à aborder que la situation créée par la mise au jour d'abus au sein d'institutions chargées de la protection ou de l'éducation des mineurs. Les comportements en cause sont aussi abjects, sinon plus encore, que ceux qui s'exercent au sein des familles. Ils existent, ne sont pas nécessairement de totales exceptions, et le fait qu'ils se déroulent dans certains lieux, et sont commis par des adultes en charge de l'éducation des enfants, de leur protection, de leur formation à la vie religieuse ou sportive, ou naguère de la formation militaire, pose un réel problème de conscience aux membres de ces institutions, comme aux parents qui leur confient des enfants ou des adolescents.

Il ne s'agit surtout pas d'instaurer une suspicion *a priori* envers les différents représentants de ces « grandes familles », mais de sensibiliser les parents et les responsables au dépistage de tout dérapage de cet ordre. Si certains esprits partisans veulent voir dans les lignes qui suivent une attaque en règle contre l'Éducation nationale, l'Église, l'armée, les entraîneurs sportifs, les chefs scouts et d'autres classes de responsables d'enfants, ils pourront toujours alimenter leur esprit pointilleux et légaliste en disséquant chacun des mots qu'ils liront. Nous nous en tenons cependant à la prise en compte des faits, comme le ferait un ethnologue qui découvrirait d'étranges mœurs d'adultes vis-à-vis de leurs enfants. Il ne s'agit pas de juger, le jugement est implicite et fait partie des valeurs qui nous ont été inculquées par nos parents, nos maîtres, notre morale républicaine ! Seuls de grands pervers se commettent quelquefois dans la rédaction d'articles justifiant la pédophilie au nom d'une philosophie « libérale » tellement avancée

qu'elle confine à la négation des valeurs humaines les plus reconnues.

Il faut bien s'interroger sur les mécanismes qui conduisent à ces drames et sur la façon dont les responsables locaux ou à un très haut niveau hiérarchique réagissent ou font mine de réagir devant ces faits. La pratique du double langage, devenue une constante de notre civilisation de communication, permet de mieux protéger ces systèmes, qui doivent, eux aussi, maintenir leur homéostasie, sous peine d'explosion et de scandale. Nous y retrouvons les principes qui régissent le système intrafamilial. Leur gestion est différente : les intervenants sont « protégés » par la puissance du système qui dilue les responsabilités et écrase les victimes et leurs familles par son inertie et sa capacité à « étouffer le problème ». Ces systèmes ont le temps pour eux, ils existent depuis des siècles, voire des millénaires. Que peut bien peser pour eux une vie de souffrance ?

Les Églises et l'abus sexuel

Régulièrement, des quotidiens relatent des allégations et des accusations d'attouchements et d'abus sexuels par des membres du clergé sur des enfants ou des adolescents. Ces incidents, longtemps étouffés, sont désormais plus fréquemment rapportés et publiés, avec un luxe de détails qui frise la complaisance morbide ou la mauvaise foi anticléricale la plus complète. Ces drames sont d'abord en eux-mêmes des drames solitaires. Même s'ils se déroulent à l'abri de l'opacité institutionnelle, ils sont vécus dans le secret intime du corps et de l'esprit, et il y a quelque chose de sordide à aller solliciter des interviews et des détails nauséabonds. Plus de retenue et surtout un vrai travail d'enquête sur le contexte d'apparition de ces situations feraient avancer davantage la connaissance et la solution du problème.

L'Agence France-Presse, citée par *Le Monde* du 5 janvier 2003, rapporte que 40 % des religieuses catholiques américaines auraient été victimes d'abus sexuels, soit durant leur

enfance, soit durant leur vie conventuelle, selon une étude de 1996 effectuée par des chercheurs universitaires, et qui était restée confidentielle. Les résultats, publiés par un grand quotidien du Missouri, le *St-Louis Post-Dispatch*, révèlent que quelque 34 000 religieuses catholiques, soit environ 40 % des sœurs américaines, auraient été exposées à des traumatismes sexuels sous forme d'abus, d'exploitation ou de harcèlement. La plupart des abus ont été commis par un homme de la famille, et pour 9 % d'entre elles par des prêtres, d'autres religieuses ou personnes pratiquantes. Une porte-parole de la Conférence des évêques américains, sœur Mary Ann Walsh, a d'ailleurs reconnu tout ignorer de cette étude. « Les évêques semblent se préoccuper uniquement des abus sexuels sur les enfants, mais le problème est plus large que cela », a souligné Ann Walsh.

L'Église américaine, sentant le danger venir ainsi que les conséquences désastreuses pour son image et ses paroissiens, s'est rapidement mobilisée et a pris des sanctions, que la Curie romaine n'avait pas officiellement encouragées, envisagées ou demandées. Les autorités du diocèse de Cleveland ont ainsi suspendu neuf prêtres de Cleveland, Ohio, à la suite d'accusations d'abus sexuels portées contre eux pour des faits anciens, remontant quelquefois à 15 ans. Dans le même temps, l'archevêché de New York a relevé de leurs fonctions six prêtres accusés de comportement sexuel déplacé, et a décidé de transmettre à la justice les noms des prêtres impliqués dans ces d'affaires.

Ces révélations confirment d'autres publications attirant l'attention sur certaines congrégations religieuses en Afrique qui servent véritablement de lupanars à la disposition de religieux qui viennent y passer quelque période de repos. La révolte s'est exprimée au grand jour quand les religieuses se sont senties trahies : elles ne supportaient plus de devoir subir cet esclavage sexuel et surtout les avortements à répétition à chaque fois qu'elles étaient enceintes : la contraception leur était refusée !

Je reçois, à une semaine d'intervalle, un homme puis une femme, de 55 ans environ. Tous deux vivent une grande souffrance dans leurs couples respectifs. Ils sont mariés, mais leur conjoint ne connaît manifestement pas le drame qu'ils ont vécu dans leur enfance. Leurs frères aînés, pendant la semaine, suivaient leur initiation à la prêtrise au séminaire, ils partageaient une « authentique amitié qui les rapprochait ». Le dimanche, ils rentraient l'un et l'autre dans leur maison familiale et abusaient sexuellement l'un son jeune frère, l'autre sa jeune sœur. Puis ils retournaient conjointement à leurs saintes études jusqu'au dimanche suivant. Ces abus sexuels se sont perpétrés pendant plusieurs années. L'enfant était contraint d'accepter cette offense « pour [te] faire pardonner de la colère de Dieu ». Saura-t-on un jour combien d'enfants ont pu être abusés de la sorte, par ces deux bourreaux, mais par d'autres aussi ?

Nous pourrions également citer une abondante littérature sur ces amours particulières qui se déroulent dans des établissements scolaires religieux où une certaine confusion des genres fait également partie de la tradition. Un très médiatique évêque auxiliaire français en a fait récemment les frais : il a bénéficié de la prescription en raison de l'ancienneté des faits relatés par son accusateur.

Le vrai problème est celui de ces prêtres, en charge de l'éducation religieuse des enfants, et qui profitent de leur statut pour les agresser sexuellement.

La presse occidentale foisonne de situations de cet ordre : il ne se passe pas un mois sans qu'elle ne rapporte de tels faits. Nous pouvons nous étonner de la façon dont des diocèses gèrent la situation. Certains le font avec une probité, une honnêteté et une attention totales vis-à-vis des victimes, d'autres, au contraire, nient et « survictimisent » sans « états d'âme » le plaignant. Les Églises les plus engagées dans la reconnaissance de l'état de victime sont le plus souvent anglo-saxonnes. L'Église française, après avoir longtemps attendu, s'est mobilisée et commence à reconnaître la réalité de ce drame.

D'autres Églises, sous l'impulsion de la Curie romaine, manifestent, avec toutes les subtilités de la diplomatie ecclésiastique

vaticane, leur opposition quasi aveugle à la reconnaissance de cette réalité en leur sein.

Le cas d'Hermine, cité p. 88 en est l'exemple type. Le procès canonique initié à la demande de la victime (les faits sont prescrits par la loi suisse) a pour but d'avoir accès à la reconnaissance de ce statut de victime, qui permet la reconstruction et la guérison. Par des artifices dilatoires, des expertises demandées par l'Église suisse ont fait durer l'attente plus de trois ans, l'expertise psychiatrique fut effectuée par un expert nommé par l'Église pour instruire le dossier avec l'aide d'autres ecclésiastiques dont un évêque. Cet expert psychanalyste a littéralement embrouillé le dossier par de telles interprétations confusionnantes qu'il concluait à un fantasme infantile. Les témoignages de parents ou d'autres prêtres qui signalaient le comportement « trop affectueux » de l'abbé responsable n'ont pas été pris en compte. La plainte a été rejetée, l'appel envisagé est rendu quasi impossible en raison des arguments utilisés par la Curie romaine. Le désespoir et la souffrance de la patiente s'accroissent, mais les appels d'éminents ecclésiastiques qui se sont rangés aux côtés d'Hermine restent sans écho...

La position du Vatican

Le journal britannique, *The Observer*, a publié le 17 août 2003 un document confidentiel datant de 1962, issu des archives secrètes du Vatican. Ce document de 69 pages, portant le sceau du pape Jean XXIII, fut adressé à chaque évêque dans le monde entier. Son authenticité est confirmée par l'Église catholique d'Angleterre et du Pays de Galles. Il est intitulé *Crimine sollicitationes*.

Les instructions de procédure préconisent une politique de la « plus grande discrétion », lors de l'instruction et sur la façon de traiter le dossier, dans le cas d'une révélation en cours de confession quand est avoué l'abus entre un prêtre et un membre de sa paroisse. Elles menacent d'excommunication ceux qui révéleraient cette situation au grand jour. Il est indiqué que :

« Les pièces d'instruction doivent être conservées avec diligence dans les archives secrètes de la Curie, au Vatican, comme étant strictement confidentielles. On ne peut les publier ou y ajouter un commentaire. »

Ces instructions couvrent également ce qu'elles nomment « le pire des crimes », à savoir un acte obscène perpétré par un membre du clergé à l'encontre d'un « jeune de l'un ou de l'autre sexe, ou d'animaux (bestialité) ». Il est enjoint aux évêques de « traiter les cas de la façon la plus confidentielle [...] liés par un silence perpétuel [...] et chacun doit observer la confidentialité la plus absolue, confidentialité regardée comme un secret du Saint-office [...] », sous peine d'excommunication.

L'avocat britannique Richard Scorer, qui représente des enfants abusés par des prêtres catholiques au Royaume-Uni, décrit ce document comme « explosif ». Il déclare :

« Nous avons toujours soupçonné que l'Église catholique a systématiquement dissimulé l'abus et a tenté de faire taire les victimes. Ce document semble le prouver. Menacer d'excommunication toute personne qui prendrait la parole démontre jusqu'où les personnalités les plus haut placées du Vatican sont prêtes à aller afin d'empêcher l'information de sortir dans le domaine public. »

Un porte-parole de l'Église catholique a nié que les ordres secrets du Vatican fassent partie d'une quelconque dissimulation organisée, et affirmé que les avocats sortent le document « hors de son contexte et le déforment ». La confidentialité mentionnée viserait à protéger l'accusé. Les avocats attirent l'attention sur une lettre envoyée en mai 2001 qui indique clairement que l'instruction de 1962 était en vigueur jusque-là. La lettre est signée du cardinal Ratzinger, l'homme le plus puissant de Rome après le Pape. Il préside, en effet, la Congrégation pour la Doctrine de la Foi, organisme qui dirigeait déjà l'Inquisition au Moyen Âge... Ce cardinal est celui-là même qui a débouté Hermine de sa plainte !

L'Éducation nationale et l'abus sexuel

Le rôle de l'école, en la matière de prévention est essentiel : les attouchements et abus sexuels sont plus facilement révélés depuis que des sensibilisations à ces risques sont organisées

dès les classes enfantines et primaires. Par le biais de contes, de dessins, de chansons, de vidéos aussi, cette information est régulièrement donnée à de jeunes enfants, ce qui leur permet de prendre conscience de ce qui est normal ou anormal, de ce qui est permis ou interdit. Il reste parfois les cas douloureux, illustrés par des films ou des émissions de télévision, où cette révélation correspond à un faux témoignage involontaire, ou quelquefois motivé par une malveillance véritable.

Mais qu'en est-il lorsque le fauteur d'abus appartient à la communauté éducative ?

Longtemps, la constante dans les affaires impliquant l'Éducation nationale aura été l'espèce d'*omertà* suivant la révélation. Subrepticement, une fois l'émotion passée, s'installait un lourd silence, toujours rapporté au secret de l'instruction, à la nécessité de protéger l'enfant, l'enseignant, l'école, l'institution. Désormais, ce mutisme s'est transformé en demi-silence, parfois en intervention positive, mais toujours sous la pression des médias qui jouent de plus en plus leur rôle de vigie et d'alerte. Les affaires déclarées se sont multipliées, déclenchant à chaque fois des réactions émotionnelles intenses.

Prenons quelques exemples récents et avérés.

Édouard est un adolescent de 14 ans, vivant au sein d'une famille unie. La mère est dépressive de longue date, le père soutient comme il peut, quand il a le temps. Cet adolescent dysfonctionne depuis un an et demi : à la maison, il se comporte de façon désobligeante avec ses parents et son jeune frère ; il fume anormalement, trop pour son âge, plus d'un paquet par jour, fume aussi des « pétards », chez lui et au-dehors, qu'il achète dans un lieu connu de tous dans la ville où il réside ; il se met à voler ses parents et ses grands-parents, puis à vendre lui aussi de « l'herbe, quoi, c'est normal, tout le monde en fume au bahut ! »

Presque normal, si ce n'est qu'il s'agit d'un établissement confessionnel de l'enseignement privé, plutôt connu pour accueillir des fortes têtes que l'on mate, avec toute la charité et la bonté qui caractérisent si bien cette religion.

Je vois cet enfant porteur d'une violence incroyable : il a dans son sac de classe un monstrueux couteau, du type Rambo, il se bagarre sans cesse,

trafique « gentiment » des cyclomoteurs (« j'en prends deux, j'en fais un tout neuf ! »), ce qui lui permet de financer ses dépenses (étonnant que personne ne lui ait demandé où il avait trouvé les deux cyclomoteurs !).

Je le revois en urgence, après un séjour en réanimation : une alcoolisation massive au whisky a entraîné un coma éthylique : une bouteille, à lui tout seul, à 14 ans... Sa copine, qui partage sa vie entre le domicile de ses parents et celui d'Édouard, a laissé faire !

Quinze jours après, j'accueille Édouard en urgence : il vient d'être violemment frappé par le directeur de l'école, et sa mère me demande de le recevoir, car il est dans un état d'agitation anormal. Effectivement, Édouard est dans un état de stress aigu, dissocié de la réalité : une anxiété majeure lui fait perdre le contact avec la réalité. J'observe un filet de sang à l'oreille gauche. L'examen de l'oreille moyenne confirme la déchirure du tympan, consécutive à des coups et surtout des gifles violentes qu'il a reçues du directeur. Je contacte la mère et émet des considérations inquiètes sur cette maltraitance qui, je le crains, en cache une autre. Dénî ! Trop insupportable à entendre ! J'insiste auprès de la mère pour qu'une plainte soit déposée, faute de quoi son fils ne peut se sentir protégé par ses parents et il me sera alors difficile de mettre en route une thérapie adaptée. Après de nombreuses réticences (le qu'en dira-t-on, mais ils sont si dévoués, etc.) une plainte est déposée au commissariat de police. Convoqué, le directeur de l'établissement passe rapidement aux aveux : pédophile notoire, bien camouflé dans sa fonction, il avait à sa disposition une « clientèle » suffisamment problématique pour pouvoir assouvir son « immense amour de la rédemption et de ces enfants ».

Parmi les affaires qui ont vu le jour, citons celle de cette directrice d'école publique d'une petite bourgade, dont le mari, dépressif, vivait à l'étage, dans le logement de fonction. À chaque fois qu'un enfant ne se conduisait pas bien en classe, elle l'envoyait en punition dans son appartement. La vraie punition commençait alors : pédophile, le mari abusait des enfants. Comme il n'était pas membre de l'Éducation nationale, ce qui se passait n'était donc pas imputable à son ministère. Notons encore que le rôle de surveillance de l'école s'arrête lors des interclasses. Ainsi, elle n'est pas responsable des activités se déroulant dans les écoles entre 11 h 30 et 13 h 30, rappelle le rectorat dans une autre affaire, celle des

Flamboyants, à La Réunion, dans laquelle un employé communal abusait sexuellement des enfants. Étrange ! Mais il obtient la suspension de l'employé.

Et, enfin, cette étrange situation où un directeur d'école se défenestre sous les yeux de ses élèves, lorsque les gendarmes viennent l'interroger. Que cachait-il – en dehors des images pédophiles remplissant le disque dur de son ordinateur – qu'il ne voulait pas qu'on sache ? Encore plus étonnante est la réaction de la population locale qui s'est scindée, sous la férule d'un élu, en deux blocs : les accusateurs d'un côté, les défenseurs de l'intégrité de cet homme de l'autre côté. Avant même que l'enquête n'ait commencé.

Cas d'un abus sexuel dans un collège d'une petite ville du Gard
Interview du principal du collège

La révélation des faits. Un jeudi après-midi du mois de mars, vers 15 h 30, Mme Roland¹, Conseillère Principale d'Éducation, vient me voir dans mon bureau pour m'avertir qu'elle vient de recevoir Catherine, une élève âgée de 14 ans, scolarisée en classe de 4^e.

Quelques minutes auparavant, deux camarades de Catherine, inquiètes et choquées, étaient venues voir la Conseillère Principale d'Éducation pour lui dire que Catherine, très déprimée, leur avait affirmé qu'elle avait été violée à plusieurs reprises depuis l'âge de 8 ans. Elle ne supportait plus cette situation, refusait de retourner en classe et aussi de rentrer chez elle à la fin de la journée.

Mme Roland va immédiatement chercher Catherine dans la cour du collège. La jeune fille lui confirme les propos tenus à ses camarades. Elle précise que ces viols répétés sont le fait de son grand-oncle maternel qui habite non loin de chez ses parents et leur rend souvent visite.

Mme Roland dit à Catherine qu'elle va devoir prévenir le chef d'établissement. Elle lui demande si elle accepterait de m'en parler, mais lui dit qu'en tout état de cause elle ne peut garder le silence sur cette situation.

L'élève accepte de me rencontrer en présence de la Conseillère Principale d'Éducation et me relate les faits en détail :

– relations sexuelles répétées, depuis l'âge de 8 ans, imposées par son

1. Les noms et prénoms des protagonistes ont été modifiés.

grand-oncle dans la maison même de ses parents ;

- lecture de brochures pornographiques ;
- menaces si l'enfant en parle à ses parents ;
- impossibilité pour elle d'en parler à ses parents et à quiconque jusqu'à aujourd'hui, etc.

Une fois ses confidences entendues, je lui explique les suites judiciaires que je pense donner : faire un signalement à la Gendarmerie pour que l'affaire soit transmise au Procureur de la République. Je l'invite également à porter plainte.

Elle hésite, craignant les réactions de sa mère (pas celles de son père). Mais, comme elle ne veut plus revivre ces viols répétés, elle comprend que cette démarche personnelle est le moyen pour elle de sortir définitivement de son univers du silence et accepte de porter plainte l'après-midi même. À deux conditions :

- que nous l'accompagnions à la Gendarmerie ;
- que nous assistions à la rencontre avec ses parents lorsqu'elle leur dira ce qu'elle a subi.

Résultats à 17 h 30, le jour même :

- après le dépôt de plainte, le soir même, le grand-oncle est mis en garde à vue et avoue la totalité des faits reprochés ;
- après des échanges houleux avec sa mère qui l'accuse d'avoir menti, Catherine va habiter pendant quelques jours chez sa tante paternelle (sa mère mettra peu de temps à croire sa fille et à accepter cette situation).

Les jours qui suivent, la jeune fille est interrogée par une gendarme, subit des examens gynécologiques (procédure difficile, mais habituelle). Elle maintient sa plainte.

Trois semaines après, elle réintègre le domicile familial et le collège.

Les suites judiciaires : condamnation du grand-oncle à de la prison ferme, assortie d'une interdiction de tout contact ultérieur avec la jeune fille.

Que préconise l'administration de l'Éducation nationale ?

Au niveau national

Ségolène Royal, ministre déléguée à l'Enseignement scolaire, est la première ministre à s'être montrée aussi claire et déterminée dans ses circulaires relatives à la conduite à tenir en cas d'abus sexuel :

- écouter la parole de l'enfant ;
- agir vite pour le protéger, en faisant immédiatement un signalement auprès des services de Police ou de la Gendarmerie et du Procureur de la République.

Au niveau académique, départemental et des groupes d'établissements

Des informations, en présence d'un Substitut du Procureur et des services de police et de gendarmerie ont été organisées et démultipliées auprès de tous les chefs d'établissement pour leur expliquer la conduite à tenir :

- avertir l'assistante sociale conseillère technique de l'Inspecteur d'Académie ;
- faire un signalement immédiat pour protéger le jeune, même si on estime qu'on peut se tromper ;
- pas d'enquête menée par les personnels de l'Éducation nationale, car elle risquerait de détruire des preuves, faute de compétence dans ce domaine.

Ces préconisations ne concernent pas que les responsables, mais tous les personnels des établissements qui auraient à connaître ce genre de situation.

Conduite du chef d'établissement

Que fait le chef d'établissement quand des cas de violences sexuelles se produisent, quels qu'en soient les auteurs et quels que soient les lieux où ils se sont produits ? Autrefois, il aurait attendu des instructions qui lui auraient été communiquées par les services académiques.

Maintenant, les mentalités ont changé : il agit ! (voir ci-dessus). Parallèlement, il avertit, sans attendre d'accord préalable, l'Inspecteur d'Académie, le Directeur des Services Départementaux de l'Éducation nationale et le Recteur d'Académie pour leur signaler les faits et l'action qu'il a engagée. Voici encore trois ans, ces cas faisaient l'objet d'un signalement systématique à l'administration centrale, le ministère de l'Éducation nationale.

Nous observons ainsi que les enseignants sont en première ligne du dépistage, car ils sont en contact quotidien avec les

enfants, ils peuvent remarquer très tôt des comportements qui sont autant de signaux d'alerte, et l'écoute des élèves leur permet de recueillir un témoignage autorisant la mise en œuvre d'une procédure.

Restons lucides et attentifs, il existe aussi parmi nos dirigeants ou responsables des résistances au changement. Le système administratif et politique veut contrôler, c'est son rôle, mais l'excès de contrôle conduit à une sclérose d'adaptation. Et à la peur de perdre le pouvoir. Mais de quel pouvoir parle-t-on quand il s'agit de neutraliser les vampires ?

Un psy trop bavard

Lors d'un colloque sur les États Généraux de la Maltraitance, organisé en mars 2001 par Georges Glatz, délégué gouvernemental contre la maltraitance des enfants pour le canton de Lausanne, je me suis fait vivement interpellé par un conseiller du Premier ministre français de l'époque, ainsi que par d'importants responsables français du traitement de la maltraitance. Ils me reprochaient les propos que j'avais tenus : j'insistais sur le dépistage précoce de l'abus et demandais aux parents d'être attentifs aux modifications du comportement de leurs enfants. « À force d'en parler, vous allez en augmenter le nombre ! ». Je ne sais pas que le silence et le déni d'un fait de société, au sein d'institutions qu'elle a en charge, constituent une manière de voir disparaître le problème...

A-t-on remarqué, après la toute récente campagne de presse qui a précédé leur mise en service, que depuis que les radars automatiques flashent les contrevenants sur les routes, le nombre de morts sur la route a significativement baissé ? Se taire sur les dangers de la vitesse, ou en parler comme nous le faisons depuis si longtemps a-t-il permis de rendre les conducteurs plus prudents et respectueux des interdictions et des limitations de vitesse ? J'ai tendance à penser que le silence est toujours le complice du pire, qu'il dessert les victimes et favorise les bourreaux, quels qu'ils soient !

Cas particulier des enfants atteints de maladies chroniques ou handicapés

L'enfant atteint d'une maladie chronique à laquelle il devra faire face toute sa vie est un sujet qui mobilise toute son énergie pour lutter contre son handicap, qu'il soit visible ou pas. Il doit également affronter en permanence le « deuil » de la vie qu'il a rêvée et qu'il ne pourra jamais vivre. Toutes ses ressources sont alors orientées vers le domaine du possible plaisir de vivre, de vivre avec du plaisir aussi, comme ses proches et ceux qu'il aime.

Ces enfants, tout comme les autres enfants du même groupe d'âge, sont eux aussi exposés à l'abus sexuel. Mais la complexité et surtout l'opacité du système administratif français ne permettent malheureusement pas d'accéder, comme dans les pays d'Amérique du Nord, à des travaux d'évaluation de ce risque. Les Nord-Américains ont pu effectuer des travaux sur ce sujet : le risque d'abus sexuel est, en fait, plus important chez ces enfants que parmi ceux de la population normale.

Selon une enquête réalisée en Colombie-Britannique par la Société Canadienne de Pédiatrie, et publiée dans sa revue *Paediatrics & Child Health*, 1997 ; 2 (3) : 215-7, auprès de 16 000 élèves du secondaire, 38 % de ceux souffrant d'une maladie chronique indiquaient avoir subi une exploitation ou une agression d'ordre sexuel, par rapport à 17 % de ceux ne présentant pas de maladie chronique

Dans ce travail, les sujets inclus devaient répondre à l'un des trois critères :

- ils étaient reconnus comme invalides ;
- s'absentaient souvent de l'école pour recevoir des soins spécialisés ;
- ou dépendaient des services du système de santé.

Cette étude s'est intéressée à l'agression sexuelle de ces enfants, mais il semble que cette population soit également exposée au risque d'agression physique et émotionnelle. Les

enquêteurs ont mis en évidence un certain nombre de facteurs de risque.

Les facteurs de risque

Facteurs de risques sociaux

– Ces patients n'ont aucun pouvoir de contrôle sur les choix médicaux qui leur sont imposés, ainsi que sur les conséquences scolaires qui en découlent.

– Ils se retrouvent donc exclus, de fait, de la société « normale » qui les oblige à utiliser les canaux particuliers de l'institution spécialisée, de l'hospitalisation avec soins à domicile, en secteur ouvert ou fermé.

– Ce système de protection institutionnalisé exclut le plus souvent les parents et l'enfant de tout système de contrôle.

– Les prédateurs qui se sont immiscés dans ce système ont alors les mains libres pour œuvrer et exercer tranquillement leur sinistre activité. Ce qui leur est d'autant plus facile que la demande d'aide est importante, que le handicap génère une mauvaise estime de soi, que parfois même il coexiste un sentiment de culpabilité à racheter : ces enfants ne peuvent alors résister et hésitent à signaler l'abus.

Facteurs éducatifs et scolaires

En général, ces adolescents atteints ne reçoivent pas une formation scolaire équivalente à celle de leurs camarades. Leur handicap peut, dans certains cas, les faire percevoir comme asexués ou incapables de comprendre ce qu'est la sexualité.

Leurs absences répétées de l'école ou du collège, dues aux hospitalisations et aux traitements externes fréquents, ne leur permettent pas de suivre une quelconque éducation sexuelle, quand elle est organisée, et leurs camarades de classe ne leur apportent évidemment pas d'informations à ce sujet... leurs frères et sœurs et leurs parents non plus.

Facteurs liés au système de santé

Ces adolescents, en raison de l'affection chronique qu'ils présentent trouvent normal d'accepter des examens invasifs et

tolèrent plus ou moins bien le peu d'intimité qui leur est accordé. Ils se souviennent avoir été immobilisés de force quand ils étaient plus jeunes parce qu'ils s'opposaient à des examens physiques fréquents ou à des interventions thérapeutiques indispensables à leur survie ou à leur guérison. Ils ont ainsi appris à ne pas se débattre, à ne pas protester... à laisser faire ! Double destin tragique qu'est le leur. Enfants médusés par cette violence qui leur est faite, pour leur bien dans un premier temps, et qui anesthésie leur capacité de réaction au profit des vampires présents autour d'eux.

Facteurs personnels

Il existe des limitations de défense inhérentes à la maladie elle-même : un adolescent souffrant d'une maladie chronique caractérisée par un handicap moteur aura de la difficulté à s'opposer à un agresseur.

Des troubles de l'élocution ou du langage l'empêcheront de demander de l'aide, de tenter de résister verbalement à l'agression ou de témoigner. Des adolescents porteurs d'une déficience mentale peuvent également être manipulés et « consentir » à des actes sexuels contre leur volonté, contraires à toute éthique.

Nécessité d'une prévention au sein même des établissements

Les médecins et l'administration devraient pouvoir œuvrer différemment et prévoir :

- une sélection et une évaluation plus approfondies du personnel et des bénévoles ;
- la présence d'un « chaperon », ne dépendant pas de la même administration que la structure de soins, qui assisterait l'enfant lors des examens et des interventions sur son corps ;
- la supervision des sorties, seul ou en groupe ;
- le respect de l'intimité du sujet ;

– le déclenchement régulier d'investigations pour rechercher la maltraitance ambiante, lors du signalement d'allégations d'abus sexuel.

Les parents devraient également appliquer ces protocoles lorsqu'ils font appel à des soignants ou des intervenants privés. De plus, les adultes qui interviennent auprès de ces enfants devraient également avoir appris et compris ce qu'est leur sexualité normale (masturbation comprise) et, surtout, respecter leur vie privée.

Prévention dans le milieu scolaire

Il serait plus qu'utile de faire savoir aux enfants :

- quels sont leurs droits individuels ;
- qu'ils ont droit à une sexualité protégée ;
- qu'ils sont exposés à des risques d'exploitation sexuelle et qu'ils doivent dénoncer immédiatement tout agissement de ce type à une plusieurs personnes nommément désignées.

Et de leur apprendre les techniques de l'affirmation de soi et d'autodéfense.

Prévention auprès des médecins

Le respect de l'intimité au cours des examens physiques s'avère capital et doit se matérialiser ne serait-ce que par un drap ou un champ stérile couvrant le patient pendant l'examen clinique, et par la possibilité pour lui de demander l'interruption de l'examen s'il ne se sent pas très à l'aise.

Les médecins traitants doivent également former leurs collaborateurs dans cette optique, afin qu'ils apprennent et utilisent des techniques d'examens physiques plus respectueuses. Ils doivent aussi encourager ces enfants à jouer un rôle plus actif dans la prise de décision, afin qu'ils se sentent moins dépendants et plus responsabilisés dans la gestion de leurs propres soins.

*

* *

Nous pourrions continuer de décliner encore toute une gamme de situations dans lesquelles les enfants peuvent se trouver exposés à des abuseurs, réels ou potentiels. De nombreux exemples, issus de la pratique clinique, mettent au jour des systèmes pervers :

– dans les milieux sportifs, où entraîneur, coach, préparateur physique, en position dominante face à l'adolescent(e), peuvent outrepasser, selon leur perversion présente et active, les fonctions qui leur sont dévolues, et s'autoriser des gestes et actes sordides « pour le bien du sportif, pour mieux l'armer, pour lui permettre d'atteindre son niveau le plus élevé » ;

– dans milieux associatifs qui prennent des enfants en charge, à la demande des parents, pour des séjours plus ou moins longs. De nombreux cas me sont révélés d'abus perpétrés sur des enfants lors de séjours en colonie de vacances, en camps scouts, lors de sorties à la montagne ou à la campagne, à la mer, en camps volants, etc. ;

– ou, plus banalement, et sordidement surtout, lors du transport d'enfants handicapés, comme en témoigne l'affaire des disparues de l'Yonne (encore mal élucidée... Mais, là encore, toutes ces lacunes, et depuis si longtemps, n'est-ce pas étrange ?).

10

Que faire en urgence ?

Dès qu'un enfant énonce une information évoquant un attouchement ou un abus, les parents, ou l'adulte en charge de l'enfant à ce moment-là, doivent se mobiliser très vite pour que tout soit immédiatement mis en œuvre afin de protéger la petite victime, ainsi que d'autres victimes potentielles, particulièrement dans le cas où l'abuseur côtoie d'autres enfants. Il faut surtout veiller à ce que la parole de l'enfant soit recueillie dans un climat de calme et de confiance.

Le dévoilement par l'enfant

Il arrive de plus en plus souvent que les enfants, mieux informés en milieu scolaire ou par les médias, mais aussi par des parents sensibilisés et particulièrement attentifs à l'environnement, révèlent l'abus dont ils sont victimes ou un abus passé. L'attitude des parents est alors primordiale, car tout va se jouer dans les minutes qui suivent :

- soit l'enfant est entendu et compris : il se sentira alors défendu et protégé, commencera déjà à en parler avec eux, allégeant ainsi son angoisse, sa souffrance et aussi son sentiment de culpabilité ;

- soit les parents minimisent ou refusent d'entendre ce message, édulcorent la situation, alléguant des gestes de tendresse et d'amour mal compris, déniaient ainsi à l'enfant son droit à la parole et à sa vérité qu'ils ne veulent pas affronter. Certains parents vont même jusqu'à accuser l'enfant de mentir ou de « l'avoir cherché et provoqué », ou même jusqu'à l'insulter (« tu ne vois pas comment tu t'habilles, comme une pute ! »). Ils lui demandent de se taire, sous peine d'être responsable

d'un drame dans la famille (« tu te rends compte, si papa va en prison, qui va nous donner à manger ? Il faudra quitter la maison, on n'aura plus d'argent, alors tais-toi et oublie ça ! ») ! Comme si l'autre drame, celui que vit l'enfant, n'en était pas un. Double et effroyable déni. Étonnons-nous alors de ce qui suivra : cet enfant découvrira que ses parents ne peuvent ni ne veulent le protéger. Il n'aura le choix qu'entre la fugue, les comportements à risque pour s'évader de cette souffrance, la dépression ou le retrait et/ou tous les comportements qui lui permettront de tenter de survivre, les plus dangereux pour lui, malheureusement.

La révélation est toujours mal vécue par les parents. S'ils réagissent trop violemment, l'enfant peut entrer dans un état de sidération et de peur qui lui est aussi douloureux que ce qu'il a vécu avec son bourreau. Toujours la culpabilité, ce vieux compagnon de route !

Il est donc nécessaire de lui témoigner immédiatement un soutien indéfectible et toute l'affection et l'amour nécessaires pour qu'il se sente assuré qu'il est cru et, surtout, rassuré sur le fait qu'il n'est responsable de rien, et qu'il est désormais protégé par ses parents et par la Loi.

Il faut donc, simplement, prendre le temps de s'asseoir près de lui, de le remercier d'avoir osé vous en parler, à vous, et de la confiance qu'il vous témoigne ainsi. Cela vous engage, bien sûr, pour la suite qui sera certainement complexe et douloureuse, mais depuis quand abandonne-t-on ses enfants dans la tourmente ?

Il est essentiel que l'enfant se sente écouté, compris et pris au sérieux dans le contenu de ses propos. Il faut l'encourager à exprimer librement ses sentiments, ses émotions, avec ses mots et ses images, éviter de lui couper la parole par des demandes de précision, des jugements sur les acteurs de ce drame, ou des comportements colériques et injurieux : le processus de mise au jour serait alors bloqué et difficile à remettre en route. Cela permettra de libérer l'enfant de cette souffrance enfouie, et les thérapeutes savent bien que ces enfants qui ont pu exprimer

totallement leur détresse répondront favorablement et plus rapidement à la thérapie. Il est nécessaire de lui expliquer qu'il a bien fait de révéler ce qui lui arrive, car désormais il est sous la protection de celui ou ceux qui sont en face de lui, qu'il peut maintenant se sentir protégé de toutes représailles, surtout si l'abuseur est un proche parent.

Cette phase est extrêmement importante, car l'enfant développe très rapidement un sentiment de culpabilité. Il a été manipulé par son bourreau qui lui a fait croire que s'il révélait la situation, sa mère ou quelqu'un d'autre en mourrait par sa faute, que lui-même serait puni par Dieu, ou qu'il le tuerait lui-même. Il est persuadé qu'il est directement responsable de tout ce qui lui arrive ou de ce qui risque d'arriver à sa famille. Parfois même, l'enfant pense qu'il est puni pour des choses réelles ou imaginaires qu'il finit par « incruster » dans son esprit, résultat du travail de sape de son bourreau. En outre, la responsabilité des conséquences policières, juridiques et sociales intra-familiales risque de lui être attribuée par les autres membres de la famille. Il lui a fallu beaucoup de souffrance et de courage pour en arriver à la révélation, il faut désormais lui apporter amour et protection pour qu'il ne s'effondre pas et ne soit pas « survictimé » par le terrible aveu.

Après le dévoilement

Il faut immédiatement mettre l'enfant en sécurité pour qu'il ne croise plus son bourreau. Même en groupe, il est en danger, car celui-ci pourra l'interpeller devant sa famille, le menacer et tenter d'effectuer des pressions morales et/ou physiques pour le contraindre à nier la réalité de ses accusations.

Ensuite, il faut mettre en œuvre les dispositions de sauvegarde d'urgence.

Premières mesures : l'évaluation médicale et la protection de la santé de l'enfant

Le premier stade, si c'est possible, est d'obtenir rapidement un examen médical minutieux, à la recherche de lésions externes

ou internes, décrivant de façon factuelle ce que dit l'enfant et ce que le médecin a observé cliniquement : état émotionnel et psychique, état physique, état vestimentaire aussi. Le résultat doit être consigné sur un certificat médical. Il est important de n'accuser personne dans ce certificat initial. En revanche, il peut y être écrit que « l'enfant a déclaré que X a eu des gestes, a introduit ou tenté de... ».

Plus ce rapport médical est neutre et descriptif, mieux il sera pris en compte par les policiers et les magistrats. Souvent, le médecin de famille, qui connaît bien l'enfant, ne parvient pas à prendre la distance nécessaire dans la rédaction de son rapport. Sous l'emprise de l'émotion, et en voulant protéger l'enfant, il sort de la neutralité indispensable, ce qui invalide son certificat initial. Il est des associations de « défense », où se retrouvent également certains abuseurs une fois la procédure de divorce mise en route par la mère, qui savent très bien utiliser ces faiblesses et « charcuter » ces certificats pour les neutraliser et les détourner à leur avantage.

Il existe des structures médico-légales, les centres de Victimologie¹, qui peuvent rédiger ce certificat dans certaines villes de France, également au sein des hôpitaux français qui pratiquent l'accueil en urgence des enfants abusés ou agressés sexuellement. Ces structures où interviennent des pédiatres médico-légistes, des pédopsychiatres, peuvent recevoir l'enfant en urgence, à la demande des parents ou de la police, afin qu'un examen médical initial soit effectué par un professionnel. Leurs conclusions font foi auprès des tribunaux. Au décours de cet examen, le médecin peut proposer d'hospitaliser l'enfant si sa vie est en danger ou si des soins spécialisés sont nécessaires : il est alors admis dans le service de pédiatrie de ce même hôpital.

Après la consultation ou l'hospitalisation, l'enfant est pris en charge par des psychologues du secteur où il réside, psychologues souvent désignés par le juge, psychologues experts et

1. Voir *Adresses utiles*, p. 203.

assermentés auprès des tribunaux. Des rapports sont régulièrement rédigés au cours de ce suivi thérapeutique, et adressés au juge en charge du dossier.

Le second pas : l'enquête policière et la procédure judiciaire

Ce second pas consiste à se rendre, accompagné de la victime, dans un commissariat de police ou une gendarmerie, afin de signaler l'agression (nous employons ici les termes juridiques, puisqu'il s'agit d'une agression sexuelle). Les policiers et gendarmes sont désormais formés à la gestion de ce cas de figure et savent enregistrer ce type de témoignage avec le respect et la pudeur indispensables.

Ils avisent immédiatement la brigade des Mineurs, où l'on possède une formation spécifique pour ces questions, et au sein de laquelle policiers, psychologues, magistrats et intervenants sociaux se côtoient régulièrement. Le plus souvent, on utilise la vidéo pour enregistrer le témoignage qui sera ensuite transmis à la justice, évitant ainsi de « revictimiser » l'enfant par la répétition d'interrogatoires douloureux qui réactivent à chaque fois sa souffrance. L'intérêt de la vidéo est majeur pour une autre raison : elle évite les distorsions que les interrogatoires multiples pourraient engendrer. En effet, pour un jeune enfant, le fait qu'un adulte l'écoute, croie *a priori* ce qu'il dit, lui pose des questions à la suite de ce qu'il raconte, peut lui permettre d'imaginer que ce qu'il affirme est vrai. Il auto-valide ses propos et, en conséquence, peut créer des faux souvenirs au fur et à mesure des interrogatoires successifs, ces faux souvenirs étant générés involontairement par le questionnement de l'adulte. L'enregistrement vidéo permet d'éviter la création de faux souvenirs et rend inattaquable la révélation faite dans un cadre sécurisé, avec la participation de professionnels formés à cette approche.

Ensuite, le témoignage est transmis à la brigade des Mineurs qui convoque le sujet accusé de tels actes. Il peut être mis en garde à vue pendant 48 heures, délai au-delà duquel le procureur en charge du Parquet des Mineurs décidera de la suite à donner, tant pour l'accusé que pour la victime. En effet,

très vite, le système de protection social est alerté, afin de décider s'il est nécessaire de protéger l'enfant de tout risque de récidive en le plaçant dans une structure d'accueil spécifique, sous la responsabilité active du juge des Enfants.

À ce sujet, une controverse oppose les victimologues, qui désirent protéger la victime à tout prix et insistent pour que l'enfant soit mis hors de danger et placé immédiatement, à nombre de juges des Enfants, qui privilégient le tissu familial comme base. Tous les cas de figure sont certes humainement possibles, mais l'essentiel est que l'enfant ne retrouve plus exposé au danger que représente son bourreau.

Troisième étape : réapprendre le quotidien

Vient ensuite l'organisation de la vie quotidienne au sein de cette famille qui a imploré, quand elle n'a pas explosé totalement à la suite de cette révélation. Période difficile où chacun doit se réadapter à cette nouvelle configuration, surtout si l'abuseur est le père ou un frère, et qu'il est incarcéré. Sentiments mitigés de libération et de tristesse, de culpabilité, mais aussi de sécurité retrouvée.

Il est primordial d'initier, dès la révélation, une prise en charge thérapeutique de la victime *et* une thérapie familiale. Ces deux démarches concourent à permettre à la victime de quitter ce statut pour s'intégrer, se réinsérer dans une vie normale (victime-survivant-vivant), et à la famille de se restructurer sur un nouveau mode, afin que l'abus sexuel ne puisse plus jamais s'y produire, comme c'est, hélas, le cas dans les familles à transactions incestueuses, où l'inceste se transmet de génération en génération, non par un gène ou une punition divine, mais comme un mode de fonctionnement habituel. Il s'agit, en fait, d'une incompétence dans la relation intrafamiliale et sociale. L'interdit n'a pas été appris ou transmis, l'abus peut se perpétuer sous l'œil des pères et mères « porteurs » de cette incompétence. Quand les troubles psychiques et les situations à risques (alcool, drogue, grande misère, etc.) ne viennent pas s'ajouter à ce tableau...

Un certain nombre de points sont régulièrement soulevés pendant cette période de latence, entre la révélation et le jugement.

Des familles supportent mal le décalage entre l'agitation qui suit la révélation et le long silence après la période d'instruction et le jugement. Elles se plaignent de ne pas être informées du cours des choses, ou mal informées de ce qui va suivre.

L'enfant, en premier lieu, craint pour sa sécurité : et si l'abuseur était libéré ou innocenté ? Que va-t-il se passer à la maison à son retour ? On peut facilement imaginer les incertitudes et les peurs qui vont le tenailler durant cette longue période.

Des parents vont parfois jusqu'à douter que le commissariat de police ait transmis la plainte à la brigade des Mineurs et au Procureur de la République adjoint au Parquet des Mineurs. Il leur semble important que l'information circule à ce sujet, soit par les intervenants sociaux, qui sont plus que débordés, nous le savons tous, soit par le biais d'un organisme existant ou à créer, qui suivrait pas à pas l'évolution du dossier judiciaire et policier, puis informerait la famille de l'état d'avancement du dossier.

Le magistrat que j'ai interrogé à ce sujet insiste sur le décalage et l'écart qu'il observe entre le discours familial et la façon dont le sien est entendu. Il insiste aussi sur le phénomène de dilution des dossiers dans le temps qui entraîne régulièrement un sentiment de frustration chez les victimes. En effet, le temps de réaction est long : les dossiers des différentes affaires s'accumulent tout au long de la journée. Le nombre de policiers et de magistrats n'est pas extensible, tandis que le nombre de dossiers à traiter augmente régulièrement...

De plus, la vérification est longue, et les expertises, qui font appel à de nombreux intervenants extérieurs, repoussent les conclusions à des délais parfois difficilement supportables pour les victimes.

11

Comment aider l'enfant lorsqu'il révèle l'abus

À qui s'adresse l'enfant ?

L'enfant s'adresse le plus souvent à une personne en qui il a confiance et sur laquelle il compte pour le protéger. Or, n'a-t-il pas tendance à se tourner prioritairement vers ceux dont il dépend au premier chef, donc ses parents, parce qu'il est enclos dans la logique familiale dont il ne mesure pas les tenants et aboutissants, et qu'il a honte vis-à-vis de l'extérieur ? Il ne comprend pas que ceux qui devraient être ses protecteurs puissent lui en vouloir, le maltraiter, le faire passer après les exigences de survie du couple, au travers des pires déséquilibres, etc.

Or, l'expérience prouve que cette personne – la mère le plus souvent – ne le soutient pas toujours. Que penser, en effet, lorsqu'une petite fille de 8 ans se fait traiter par sa mère de « pute, salope, allumeuse, vicieuse », est battue, ou sommée par elle de se taire, d'oublier tout cela et de n'en parler à personne, sous peine de représailles ?... On peut alors se demander qui protégera cette enfant sur le chemin douloureux qui lui reste à parcourir.

Si cet adulte bienveillant existe près de l'enfant (proche parent, amis, marraine, instituteur, professionnel de santé, voisin...) et qu'il lui révèle l'abus, il est essentiel que cette personne adopte avec lui une posture d'écoute attentive, sans lui couper la parole par des exclamations, des cris ou des pleurs. Il faut dire à l'enfant que nous l'écoutons avec toute l'attention qu'il mérite, que nous croyons à sa sincérité et à sa souffrance. Ne pas le harceler de questions trop intimes qui réactiveront

sa souffrance, le rassurer en lui disant qu'il a bien fait de parler, qu'il n'a pas à se sentir coupable de révéler le drame qu'il vit, et qu'il n'est ni un dénonciateur ni un « cafteur ». Que grâce à son courage et sa franchise, il va pouvoir être protégé de toute tentative nouvelle et surtout que sa démarche empêchera l'abuseur de recommencer avec d'autres enfants : cela donne un sens nouveau à la démarche de l'enfant, lui permet de se calmer et de diminuer son anxiété du futur.

Si l'enfant éprouve du mal à expliquer ce qui se passe, il ne faut pas le forcer à parler : n'oublions pas qu'il est ligoté par la double contrainte de l'abuseur : « si tu parles, personne ne te croira et tout le monde se moquera de toi », « si jamais tu dis ce qui se passe, ta mère et toi vous mourrez immédiatement », « si tu parles, j'irai en prison, puis je te tuerai ! ». Il faut d'abord lui laisser l'opportunité d'exprimer sa tristesse et sa souffrance, sans lui en demander l'origine, le laisser pleurer en acceptant cela sans autres questions. Dans un second temps, il faut lui poser des questions indirectes, sur ses camarades de classe, amis ou partenaires de sport, voisins, parents proches qui lui auraient fait de la peine ou auraient été méchants avec lui. À moins que quelqu'un ne t'embête plus particulièrement ? Quelqu'un t'aurait-il malmené ou frappé, ou aurait-il porté la main sur toi... ou fait quelque chose sur ton corps alors que tu ne voulais pas ? Quelqu'un t'a peut-être manqué de respect, ne s'est pas comporté avec toi normalement, t'a fait mal, ou du mal ? Je me demande qui cela pourrait être ? Est-ce que ton père [ou un autre] s'est comporté comme un bon père avec toi ? Est-ce que ton père n'a pas eu des gestes qui t'ont déplu ?

Autant de questions, posées calmement, dans le souci du respect de l'enfant, qui l'aident à révéler l'abus et l'apaisent ensuite. Le boulet du silence n'est plus en lui, il a pu « l'exprimer », partager cela avec « un grand » qui le comprend et le croit.

Arrive alors la phase la plus délicate à mettre en place : prendre toutes les dispositions pour protéger l'enfant d'une récidive et le mettre à l'abri, car les représailles seront lourdes

pour lui s'il rentre à la maison : il risque d'être exposé à une réaction de violence inouïe de la part de l'abuseur, et de sa mère aussi. L'adulte qui a recueilli le témoignage doit alors alerter les services sociaux, judiciaires ou policiers, avant de prévenir les parents. Il doit demander l'hospitalisation à un médecin, afin de protéger puis préparer l'enfant à la suite de cette révélation qui doit être confirmée auprès des services d'hospitalisation spécialisés, sociaux, juridiques et policiers.

L'unanimité s'est faite sur la nécessité d'une déclaration enregistrée, afin que les interrogatoires ne réactivent pas la souffrance de l'enfant et n'entraînent pas de fausses révélations ou de rétractions. En effet, dans l'esprit d'un enfant, si la question d'un adulte investi d'une autorité (médecin, gendarme ou autre) suit la réponse qu'il vient de faire, c'est que sa réponse est validée et que l'adulte croit intégralement ce qui est dit. Il faut donc être très attentif à la façon de poser les questions sur un mode non directif, afin que les réponses de l'enfant ne soient pas orientées vers un « oui-non » trop restrictif qui impose des réponses ne correspondant pas à la réalité de la situation. C'est pourquoi des formations sont organisées dans les services de police, de gendarmerie, judiciaires et sociaux, afin d'apprendre aux personnes concernées à bien conduire ces interrogatoires, en une seule fois. La vidéo est désormais introduite dans presque tous les services spécialisés dans ce type d'accueil.

Il faut éviter à tout prix que l'enfant ne retourne chez lui : il y subira des violences de tous ordres qui l'obligeront à se rétracter, quand ce n'est pas la mère qui, dans ce but, le conduit personnellement auprès des instances policières. Les conséquences pour le père sont en effet immédiates : garde à vue, incarcération et mise en examen si le procureur donne suite. Nombre de mères veulent protéger leur mari de cette situation qu'elles vivent comme une infamie personnelle, la souffrance de l'enfant n'étant pas prise en compte. Le souci du qu'en dira-t-on et le danger menaçant les ressources financières de la famille constituent le moteur essentiel de leur réaction à la

révélation par l'enfant. Certes, fort heureusement, de nombreuses mères préfèrent défendre leur enfant contre l'abuseur et n'hésitent pas un seul instant à le protéger en déclenchant immédiatement une procédure de divorce. Mais il faut noter la perversité de quelques mères qui n'hésitent pas à faire signer des aveux à leur mari, document qu'elles n'utilisent pas en justice, mais qu'elles conservent comme moyen de pression pour obtenir rapidement le divorce aux torts du mari et ainsi une pension alimentaire élevée : elles savent parfaitement que l'incarcération et la condamnation du mari les priveraient de cette prestation compensatoire ! Dilemme et cruauté de la loi « pour » les victimes...

À qui s'adresser en cas de révélation ?

Appeler le 119 (Allô Enfance maltraitée), numéro vert national, disponible 24 heures sur 24. Des psychologues, médecins, juristes et travailleurs sociaux sont là pour écouter, informer et orienter suivant le cas, en tout anonymat.

Ou le 08 00 05 95 95 (Viols Femmes Informations) : association spécialisée dans la lutte contre les violences sexuelles infligées aux femmes et aux jeunes enfants.

Institut national d'aide aux victimes et de médiation (INAVEM) qui regroupe 150 services d'aide aux victimes subventionnés par les pouvoirs publics. Assure l'accompagnement social et juridique de toutes les victimes (01 45 88 19 00 pour obtenir le service le plus proche de votre domicile).

Contacter un médecin. Selon le code de déontologie médicale, celui-ci « doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour protéger le mineur victime de sévices ou de privations ». Le nouveau Code pénal impose ou autorise la révélation du secret médical dans cette situation. Le médecin procédera aux constatations médicales et proposera éventuellement une hospitalisation pour protéger l'enfant.

S'adresser à la gendarmerie ou à la police, à la brigade des Mineurs, si vous êtes dans une grande ville, aux services sociaux et au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance, au juge des Enfants pour y déposer plainte (sans accord parental nécessaire).

Ultérieurement, aussitôt après la déclaration auprès des services sociaux ou judiciaires, la prise en charge de la victime doit commencer. Mais elle ne doit jamais débiter avant, car elle serait ressentie comme une collusion, une complicité entre le thérapeute et l'abuseur. L'enfant exposé à la récurrence ne peut avancer dans la thérapie si son bourreau est présent, soit en séance, soit à la maison. La déontologie du thérapeute doit être inflexible sur ce point : pas de déclaration, pas de thérapie.

Dans cette situation, il ne peut être question de « laver son linge sale en famille » : l'abus sexuel est un assassinat psychique et une bombe à retardement infiltrée dans le corps du sujet. Ses effets dévastateurs apparaîtront plus tard : quoi qu'il en soit de la qualification juridique de l'affaire, ce crime équivaut, pour qui sait quelles peuvent en être les conséquences, à un meurtre par préméditation à long terme.

La parole de l'enfant

Lors de la 2^e Journée du Club de l'Enfance, en mars 2000, qui s'est tenue à l'École Normale de Santé Publique, à Rennes, le thème était : *la parole de l'enfant révélant un abus sexuel*. Le Professeur Michel Roussey cite les statistiques de l'Office Décentralisé de l'Action Sociale (ODAS) et signale près de 7 000 enfants victimes d'abus sexuels en France chaque année. Ces derniers sont loin d'être des marginaux, toutes les classes de la société et tous les pays sont concernés.

C'est une grande préoccupation de santé publique, il n'est pourtant pas évident que la prévalence des abus sexuels augmente. La médiatisation des abus sexuels sur mineurs, en revanche, est grandissante et s'accompagne d'effets pervers, de dérapages et de fausses allégations. Floreen Rosch, citant *Le secret le mieux gardé*, affirme que le nombre d'abus sexuels n'augmente pas. Au contraire, ils seraient moins nombreux qu'auparavant. En effet, jamais, dans l'histoire de l'humanité, l'enfant n'a connu un statut aussi protégé qu'aujourd'hui : il est perçu comme un être en développement, dont il faut

prendre soin. Mais il existe désormais une plus grande visibilité des abus sexuels, en partie grâce à la poussée du mouvement féministe qui a dénoncé la violence dont la femme était victime à l'intérieur de la famille, ainsi que le système judiciaire et protectionnel.

Il semble donc essentiel d'intégrer désormais les nouveautés du système judiciaire qui obligent les professionnels à signaler, sur un simple doute, un enfant maltraité. Avant 1980, pour que la parole d'un enfant soit prise en compte, elle devait être corroborée par des éléments extérieurs (preuve médicale, matérielle, témoin oculaire fiable). Or, on estime à présent que l'enfant qui dit qu'il a été abusé sexuellement ne peut pas mentir. Seule la parole de l'enfant est source d'informations fiables.

Comment recueillir la parole de l'enfant ?

En ce qui concerne le dévoilement, les études de Frin montrent que 40 % des personnes maltraitées dans leur enfance disent en avoir parlé rapidement à quelqu'un (mère, tante, maîtresse d'école, ami). Une minorité d'entre eux sera traitée sur le plan socio-judiciaire. Il existe une nette sous-estimation de la prévalence et dans le dévoilement chez les hommes. Elisabeth Badinter explique cela par les tabous sur la féminisation de l'homosexualité. L'homme ne reconnaîtrait pas qu'il a été abusé sexuellement parce que, dans son imaginaire, cela l'identifierait à une femme.

L'audition de l'enfant est le moment névralgique de tout le processus de traitement socio-judiciaire d'un enfant présumé victime d'abus. Mais il est nécessaire de mettre en place des méthodologies d'audition de l'enfant.

Comment aller chercher la parole de l'enfant la moins contaminée possible ?

L'enregistrement vidéo, malgré une très forte critique, comporte de nombreux avantages. Lorsqu'un enfant raconte plusieurs fois un événement qu'il a vécu, il n'en dit qu'une partie

la première fois, beaucoup plus les fois suivantes. Malheureusement, tous ces ajouts ne sont plus fiables, parce qu'ils sont déjà contaminés.

Le protocole anglais *memorial of mound practice*, déjà en place depuis 1992, prône le *signal interview* (une entrevue unique filmée) utilisé comme preuve lors du procès, dans de nombreux pays. Cela doit éviter la victimisation secondaire (c'est-à-dire que l'enfant soit interrogé à de multiples reprises sur les mêmes faits). Réaliser un procès-verbal d'audition d'un enfant abusé à partir d'un jeu de questions réponses, par exemple, présente le danger de donner l'impression d'une reconstruction. De plus, rares sont les paroles de l'enfant corrélées par un aveu fiable de l'abuseur, ou par le témoignage d'une autre victime, indépendante, qui raconterait une histoire analogue.

Il existe un écart possible entre le pourcentage d'enfants qui sont abusés et le pourcentage d'enfants qui en parlent. Cet écart nous incite très souvent à solliciter activement la parole de l'enfant, grâce à toutes sortes d'indicateurs comportementaux. Les dernières publications de l'American Psychological Association recommandent de « ne pas solliciter la parole de l'enfant, parce que la sollicitation crée beaucoup plus de problèmes pour l'enfant, et pour le processus de recherche de la vérité, qu'elle n'en résout ».

Les différents dévoilements

Le dévoilement spontané

Chez un jeune enfant (8 ans ou moins), le dévoilement spontané est d'habitude crédible et fiable, mais rare chez l'enfant d'âge préscolaire, dans le cas d'un abus sexuel intrafamilial (50 %). Il est plus fréquent dans des cas d'abus sexuels extra-familiaux.

Le dévoilement accidentel fiable

Il peut se produire de différentes façons. Par exemple :

- photos obscènes mettant en scène un enfant qui n'a rien dit, mais qui y sera inévitablement confronté ;
- découverte d'une MST, présente uniquement par contact génital ;
- Preuves matérielles (vidéos...) ;
- Témoignage d'un enfant victime des mêmes faits.

Le dévoilement sollicité

La suggestibilité (questions qui suggèrent quelque chose de très précis) : lorsqu'on le sollicite ainsi, l'enfant ne comprend pas la machine qui est mise en branle ou ne voit pas les enjeux de sa réponse.

Les recherches de Goodman, Ehman et Bruck montrent que lorsqu'on pose une question suggestive concernant des activités présumées sexuelles que l'enfant aurait subies, peu importe ce que l'enfant a vécu, il risque d'affirmer dans une proportion de 50 % qu'il en a bien été victime. Car, dans ce cas, tous les contenus sont suggérés par l'interviewer. L'enfant peut ainsi être amené à dire « oui, non, peut-être, je pense » : il existe donc un gros risque de disqualification.

La suggestibilité a été étudiée, notamment par Alfred Binet (*La suggestibilité*) et Van Hoendonk, disqualifiant la parole de l'enfant dans les cours de justice. Mais, pour éviter l'écueil de la suggestibilité, il faut simplement être vigilant sur la façon d'interroger l'enfant, afin de ne pas involontairement l'inciter à inventer.

Les fausses allégations

Le but étant d'obtenir la protection des enfants et la mise à l'écart des abuseurs et des prédateurs, des preuves fiables sont donc indispensables. Il ne faut pas, pour autant, méconnaître le risque de fausses allégations. En effet, une fois que l'hypothèse de l'abus sexuel a été formulée, une sorte d'attention sélective se crée : dès lors, tout est interprété en fonction de la réalité de l'abus sexuel, et ce qui pourrait infirmer cette hypothèse peut se trouver occulté.

Le contexte crée des fausses allégations. L'enfant se crée une réalité intrapsychique qui le rend abusé sexuellement, même s'il ne l'a jamais été. Un enfant victime d'une fausse allégation, d'une induction, va développer les mêmes séquelles qu'un enfant qui a été réellement victime d'inceste.

*
* *

Ces différents éléments, issus d'une pratique quotidienne, montrent à quel point le dévoilement constitue une étape importante, extrêmement délicate, qu'il faut savoir franchir avec tact et prudence, afin de protéger l'enfant d'une souffrance nouvelle et d'éviter des erreurs dont les conséquences judiciaires peuvent être graves pour l'ensemble de la famille.

Le travail de restructuration thérapeutique peut déjà commencer en expliquant à l'enfant que celui qui a osé abuser de lui est un malade qui a perdu le contrôle de sa vie, de ses gestes, de ses sentiments ; lui dire que cet homme a perdu, surtout, le sens de l'interdit, notamment celui de toucher à un enfant : qu'on le maltraite ou qu'on le touche, tout cela est interdit. Que ce malade va devoir être puni et soigné pour avoir oublié cet interdit. Que lui aussi, l'enfant, va être soigné, consolé et guérira de cette blessure, de cette terreur, que tous ceux qui le soutiennent maintenant vont l'aider à guérir vite, pour qu'il redevienne l'enfant heureux qu'il doit être, qu'il n'aurait jamais dû cesser d'être.

12

L'approche thérapeutique des victimes

Différentes prises en charge sont envisageables pour les victimes d'abus sexuel. Elles peuvent intervenir au décours même des faits, dans le cadre d'une intervention en urgence : les cellules d'intervention psychologique sont parfaitement rodées sur ce sujet. Le plus souvent, l'enfant est pris en charge après la révélation quand les processus judiciaire et policier sont déclenchés. La prise en charge psychologique est souvent effectuée par des institutions au sein desquelles interviennent des pédopsychiatres et des psychologues d'enfants. Selon les centres et les référents de chacun, une approche spécifique est définie.

Sans passer en revue l'ensemble de ces psychothérapies, il semble utile de présenter celles qui soulageront rapidement le patient de sa souffrance, tout en ne négligeant pas celles qui permettent une meilleure compréhension des mécanismes régissant la psychologie de chacun des protagonistes de ce drame.

L'approche psychanalytique

Elle se situe parmi les approches à long terme, car elle ne permet pas au patient de sortir rapidement de la souffrance dans laquelle il est enfermé. En effet, la psychanalyse ne se propose pas d'adapter le sujet à la vie, elle lui fournit des éclairages sur le sens à donner aux choses. Dans certains cas, il est possible d'envisager une psychothérapie d'inspiration analytique. À lui ensuite de vivre avec les découvertes qu'il fera chemin faisant.

Mais la voie est longue et douloureuse chez l'abusé et, comme cela fait encore et toujours mal, nous n'utilisons donc pas la psychothérapie analytique pour les victimes d'abus sexuels et proposons plutôt une thérapie bifocale, mieux adaptée à ce type de patient.

Les thérapies bifocales

Elles sont justifiées quand l'état du patient nécessite la prise de médicaments. Dans ce cas, certains mettent en œuvre une double prise en charge : le patient est confié, outre sa psychothérapie, à un psychiatre qui, en fonction de l'état, prescrira les médicaments les mieux adaptés. Cette démarche vise à éviter « l'envahissement » du traitement psychothérapique par des plaintes que le psychothérapeute ne peut prendre en charge. Il faut l'expliquer au patient qui parfois a du mal à comprendre et peut se sentir rejeté. Dans certaines situations, cette thérapie peut être trifocale quand on y adjoint une thérapie familiale.

Elles associent la prise de médicaments efficaces sur les symptômes à une psychothérapie. Le traitement médicamenteux permet de lever et suspendre la souffrance : il s'agit d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Les neuroleptiques sont rarement prescrits – excepté si les phénomènes de dissociation sont trop pénibles ou entravent la vie quotidienne du patient – car leur efficacité reste inconstante dans ce cas précis. Quels qu'ils soient, ces médicaments aident le patient à passer un cap, celui de la souffrance aiguë.

Lorsqu'un naufragé est perdu dans une tempête, que le bateau a coulé, qu'il ne sait pas nager et que les embarcations de secours sont inaccessibles, son unique espoir de s'en sortir, c'est la bouée de sauvetage... car ce n'est pas dans la tourmente qu'on apprend à nager : il faut d'abord survivre ! Plus tard, une fois le danger écarté, il apprendra à nager, dans le calme et la sécurité. Chez l'abusé, c'est la prise de médicaments qui permet de sortir de la tempête, de garder la tête hors de l'eau. Ensuite, la thérapie vient lui apprendre à se restructurer, à nager en eau calme, parfois même agitée, sans se sentir en danger.

La thérapie cognitivo-comportementale

C'est une approche qui permet d'agir sur les pensées négatives qui inondent le sujet. En effet, dans le modèle cognitif¹, le traumatisme engendre une perte de contrôle qui déclenche une modification des perceptions du monde environnant, des autres et de soi-même.

Il se produit alors une modification des croyances personnelles :

- perte du sentiment que le monde a un sens ;
- perte du sentiment de sécurité, apparition du sentiment de vulnérabilité permanente ;
- perte de la croyance en l'utilité des capacités d'adaptation ;
- perte du sentiment de confiance envers les autres, suspicion envers autrui ;
- perte de l'estime de soi ;
- généralisations abusives et pensée globalisante (« tous les hommes, toutes les femmes sont des... », « on ne peut faire confiance à personne », etc.) qui génèrent une croyance figée, réductrice, rendent impossible toute évolution, tout changement, et aggravent le système par une extension permanente de cette valeur à toutes les situations problématiques. Dès qu'il y a échec ou souffrance, le patient valide son résultat par le « postulat » établi ou qui a été incrusté avant ou après le traumatisme.

La thérapie comportementale permet d'agir par le biais de techniques de relaxation, de gestion de l'anxiété, de l'affirmation de soi et de modification de schémas comportementaux réactionnels.

Le travail de réseau et la thérapie de réseau

Ils constituent un maillon essentiel de la thérapie de l'abusé. Le réseau thérapeutique rassemble des structures simples qui partagent leur capacité et leur savoir-faire afin de mettre en œuvre tout ce qui sera utile à la résolution des différents

1. G. Lopez, A. Sabouraud-Seguin, *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod, 1998.

problèmes personnels, familiaux, sociaux, judiciaires consécutifs à la révélation de l'abus.

Le travailleur social, l'éducateur et l'assistant social sont au centre de ce maillage institutionnel où sont mis en contact les différents intervenants de la prise en charge sociale et de la thérapie individuelle et familiale (voir tableau ci-dessous)¹.

<ul style="list-style-type: none"> – Famille d'origine, fratrie – Famille d'accueil, d'adoption – École, foyer – Aide Sociale à l'Enfance – Collègues, hiérarchie – Services sociaux, Aide éducative en milieu ouvert – Associations – Avocats d'enfants – Psychologues et psychiatres – Thérapeutes individuels 	<ul style="list-style-type: none"> – Travailleur social – Thérapeutes de réseau 	<ul style="list-style-type: none"> – Hôpital, enquête sociale – Pédiatrie, psychiatrie, – Expertises, police, – Brigade des Mineurs, gendarmerie – Procureur de la République – Juge d'Instruction, enquêtes, – Juge des Enfants, Juge aux Affaires Familiales, Juge d'Application des Peines, – Comités de probation
--	---	---

La seule prise en charge de la victime ne suffit pas à mobiliser les ressources de changement, le frein familial est beaucoup trop puissant s'il n'est pas à son tour mobilisé par une approche spécifique.

La thérapie familiale

Elle est incontournable. Elle prend place autour de ce système unique qu'est la famille composée elle-même de plusieurs sous-systèmes : les parents, les enfants, les autres

1. G. Lopez, A. Sabouraud-Seguin, *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod, 1998.

parents, le monde extérieur proche ou environnant, en fait, tout ce qui intervient dans le fonctionnement de la famille pour générer une homéostasie, c'est-à-dire un certain équilibre, parfois et le plus souvent, dans un déséquilibre latent. Il existe souvent de nombreux dysfonctionnements, plus ou moins graves, au sein de familles qui vivent apparemment de façon « normale » !

Dans le cas de la famille à transactions incestueuses, la qualité émergente de cette famille, c'est-à-dire ce qui résulte de ses échanges internes, est la violence et la maltraitance, au sein desquelles apparaît une imposture : pour camoufler le caractère arbitraire de son pouvoir, le père fait croire à l'enfant que « cela se fait dans toutes les familles ». Une fois le danger de récurrence écarté, la thérapie familiale redonne à l'enfant, aux autres aussi, la place qu'ils auraient dû occuper, que personne dans le système parental n'a pu ou su leur attribuer. Elle redonne surtout un sens à la parole, celle de l'enfant-victime, celle de la famille aussi. La communication respectueuse, attentive et ajustée n'est-elle pas thérapeutique en elle-même ?

Les interventions thérapeutiques familiales se déroulent le plus souvent dans des structures spécialisées, privées ou publiques, au sein desquelles deux thérapeutes familiaux prennent la famille en charge : l'un intervient directement pendant la séance, l'autre observe les interactions de la séance (miroir sans tain, ou écran vidéo situé dans une pièce adjacente). Il peut intervenir à tout moment, par interphone ou directement, en entrant dans la salle de thérapie, voire prendre le relais pendant la séance.

Cette thérapie étudie les modes de communication, les jeux de pouvoir et d'emprise qui se tissent au sein des familles, le profil de chacun des protagonistes : le père, la mère, l'enfant victime, sa fratrie. Elle permet de mieux élucider certains comportements qui conduisent à ce drame, puis de donner la parole à chacun des acteurs, afin que la communication soit plus ajustée, donc thérapeutique.

L'EMDR (*Eye Movement Desensitization Reprocessing*) ou désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires

Il ne s'agit pas d'une psychothérapie, mais d'une approche, encore expérimentale, mise au point en 1987 par une psychologue américaine, Francine Shapiro. Cette méthode, de découverte empirique et de mécanisme non élucidé au plan scientifique, fait partie de l'arsenal thérapeutique de prise en charge des victimes. Son but est de désensibiliser le patient du traumatisme en utilisant également l'approche cognitivo-comportementale.

Le sujet est exposé à ses images et émotions traumatiques. Il lui est également demandé de penser à sa situation problématique et de suivre le mouvement des globes oculaires que son thérapeute lui demande de déclencher selon une procédure spécifique. Nombre de thérapeutes utilisent cet outil au sein d'une approche psychothérapique plus élaborée, dans le but de diminuer des phénomènes anxieux et/ou de retrait social. L'EMDR (qui est une marque déposée) obéit à des règles dont les bases, non scientifiquement établies, devront être évaluées.

L'hypnose médicale ericksonienne

Elle réalise dans le traitement de l'abus sexuel l'une de ses meilleures indications. En effet, le sujet abusé présente au décours de son agression soit un état de stress aigu, soit un état de stress post-traumatique.

Nous y retrouvons une analogie clinique avec l'état hypnotique « salvateur et spontané » qu'il déclenche inconsciemment pour survivre lors de l'abus (« ce n'était pas moi, j'étais comme mort » : état de dissociation), mais aussi dans les semaines ou les mois suivants : le sujet se sent alors perdu dans un brouillard, distant de lui-même, de ses sensations, de la réalité qui l'environne, se retire de la relation interpersonnelle. Autant d'épisodes de dissociation *a minima* qui le protègent de

la réalité dramatique qu'il a vécue. La persistance des images et émotions intrusives, qui apparaissent et disparaissent inopinément, déclenchant des crises de malaise, d'angoisse, de panique, prouve à quel point le patient vit les suites de l'abus avec une suggestibilité extrême aux stimuli internes ou externes.

Les trois grandes caractéristiques cliniques de l'hypnose sont ainsi présentes :

- *concentration et absorption* sur les phénomènes environnants et/ou issus de l'appareil psychique ;
- *suggestibilité*, par augmentation de la capacité à répondre aux suggestions extérieures ou internes ;
- *dissociation* : du monde extérieur et des affects.

De fait, à son insu, le patient est devenu « expert en hypnose » par la situation qu'il vit. L'emprise destructrice utilisée par son abuseur pour le contraindre l'a fasciné, certains disent hypnotisé. Le thérapeute utilise cette compétence particulière acquise par le patient. En effet, ce dernier présente, plusieurs fois par jour, des états hypnotiques spontanés qui le dissocient et le « protègent » de sa réalité traumatique. Il suffira de construire avec lui, à sa mesure, une hypnose thérapeutique à visée reconstructrice et structurante.

J'ai personnellement développé un protocole spécifique du traitement de l'abus sexuel par l'hypnose ericksonienne que j'applique depuis une dizaine d'années avec de bons et constants résultats. Il s'agit d'une thérapie associant :

- l'hypnose ;
- la thérapie brève stratégique systémique, issue de l'École de Palo Alto ;
- le courant constructiviste de la réalité, selon le modèle de Paul Watzlawick ;
- la systémique familiale ;
- les thérapies orientées sur la solution du patient, selon O'Hanlon.

Toutes ces approches, qui utilisent l'hypnose formelle ou conversationnelle, laissent une liberté totale au patient : à

chaque instant, il choisit sa solution, la meilleure, celle qui lui conviendra et lui permettra de guérir, sans intervention ou intrusion psychique de la part de son thérapeute. Il s'agit le plus souvent d'une thérapie brève : 10 à 15 séances d'hypnose suffisent pour le traitement d'un abus sexuel.

Un point essentiel dans ce cadre thérapeutique : l'hypnose traditionnelle, basée sur le phénomène de suggestion directe appliquée au patient est *absolument contre-indiquée* dans le traitement de l'abus sexuel. En effet, le sujet a naguère été victime d'une prise de pouvoir par son bourreau, a subi contre son gré des suggestions destructrices. Or, l'hypnose traditionnelle implique une prise de pouvoir effective de l'opérateur sur son sujet. Il s'agit d'un phénomène de suggestibilité, bien connu en laboratoire de psychologie, qui caractérise environ 40 % des personnes. On peut aisément concevoir que cette emprise développée par l'opérateur, qui se trouve en position dominante et le « bombarde » parfois de suggestions, puisse être mal vécue par un patient qui a récemment été victime d'une autre emprise. De plus, imprimer dans l'inconscient du patient la suggestion qu'il est guéri, qu'il va oublier, alors que l'amnésie protectrice est souvent en place, ou opérer toute autre suggestion parfois innocemment énoncée, mais toxique pour l'appareil psychique, relève d'une attitude irrespectueuse envers l'écologie psychique du sujet. L'hypnose ericksonienne, dans son souci du respect et du libre arbitre, constitue donc une excellente indication du traitement de l'abus sexuel.

Autre point important : il ne faut *jamais* utiliser l'hypnose pour rechercher des souvenirs traumatiques. En effet, le risque de créer un faux souvenir est majeur. Le thérapeute doit savoir résister à la demande qui lui en est régulièrement faite, tant par les patients que par certains services de police ou de gendarmerie. Ils savent, ou font semblant d'ignorer, que l'hypnose ne peut être utilisée en justice. Mais ils conseillent tout de même aux victimes de se présenter spontanément à un hypnothérapeute afin de retrouver les traits du visage de l'agresseur, pour les rapporter ensuite dans le but d'établir un portrait

robot. On doit systématiquement refuser ces pratiques, car elles peuvent conduire à des injustices et des drames humains aux conséquences insoupçonnables.

Les autres thérapies

Il existe plus de 400 formes de psychothérapies dont chacune, à son niveau, permet d'apporter un soulagement au patient et, pour certaines d'entre elles, une amélioration clinique. Ce n'est pas suffisant, car l'appareil psychique peut être désintégré par l'abus : certains comportements s'approchent dangereusement du versant psychotique, quand ce seuil n'est pas déjà franchi. Il est donc indispensable de confier la thérapie de l'abus à des médecins, psychologues, psychothérapeutes possédant une formation universitaire et scientifique, ainsi qu'une qualification plus particulièrement orientée vers le soin des victimes.

Il existe des diplômes universitaires à Paris et en province, plus particulièrement un Master sur le Psychotraumatisme, enseigné à Paris-V-Necker, sur un mode multi-disciplinaire : les différentes approches thérapeutiques, mais aussi médico-légales, juridiques et sociales, y sont abordées, qui permettent une prise en charge du patient au sein de ce réseau thérapeutique, de plus en plus présent dans nos villes.

13

Parcours de soin

Ce chapitre présente l'approche personnelle que j'ai développée auprès des victimes d'abus et d'agressions sexuelles. Elle s'appuie sur les constatations cliniques. L'abus sexuel est dévastateur, comme le sont tous les psychotraumatismes, mais il possède une dimension particulière : la victime, outre le sentiment de mort qu'elle ressent, sait que ce qu'il lui advient est réprouvé par son entendement et sa conscience. Mais elle ne le sait pas toujours en conscience claire.

Souvent répétitif, l'abus sexuel est particulièrement destructeur : imaginez ce que peut ressentir *pendant dix ans*, une petite fille, puis une jeune fille, qui *sait* que tous les samedis après-midi, elle va être abusée par son frère quand elle ira passer l'après-midi chez ses grands-parents ! Parfois, elle préférerait sans doute se trouver face à un agresseur qui la menace d'un couteau, puis s'enfuit avec son sac à main. Une fois, mais une fois pour toutes ! Le thérapeute se doit donc d'être authentique et de manifester sincèrement ses ressentis et les pensées qui affluent à sa conscience tout au long de ses sessions thérapeutiques.

Les bases de la thérapie

Manifester son propre ressenti

Le thérapeute se doit d'exprimer :

- son propre sentiment de révolte face à cette situation : le silence est perçu par le patient comme une indifférence, voire une agression insoutenable ;

- son étonnement devant l'incompréhension des autres qui face au patient n'ont pas compris la détresse dans laquelle il se débattait ou les signaux qu'il leur adressait ;
- son soutien et son adhésion au désir du patient de sortir du désert marécageux où il se trouve englué.

Expliquer, redonner espoir

Il lui faut expliquer au sujet :

- qu'il n'est pas « fou » : les symptômes répétitifs et la perte de contrôle qu'ils entraînent le lui laissent penser, surtout quand il en est à sa énième cure d'antidépresseurs ou psychothérapie ;
- que ses symptômes sont en rapport direct au SPAS (cf. p. 71) ou à un PTSD (cf. p. 73) : une conséquence de « sa cicatrice enfouie » ;
- que l'abus a éclaté le puzzle de son appareil psychique, mais que toutes les pièces sont présentes et intactes : « ensemble, nous allons les remettre en place, les réagérer ».

Sortir la victime du système de la double-contrainte

La double-contrainte qu'utilise l'abuseur est un moyen puissant de faire céder sa victime. Il faut donc apprendre au patient à repérer ces éléments, à en mesurer immédiatement les conséquences sur lui. Et à sortir tout de suite de ce schéma de double-contrainte pour se préserver. Il ne faut pas hésiter à lui enseigner comment retourner les doubles-contraintes contre ceux qui tenteraient de recommencer !

La confrontation avec l'abuseur

Ce moment est important pour la victime qui accepte le principe de se confronter à son bourreau, dès que les conditions nécessaires seront remplies. Moment difficile, hautement chargé d'émotion, d'angoisse, de peur aussi. Peur de l'autre, dont le visage et le regard lui sont insoutenables, peur pour soi : d'être à nouveau agressé, peur de soi et de ne pas oser affronter l'abuseur jusqu'au terme de cette épreuve difficile.

La préparation à la confrontation

Le thérapeute doit s'impliquer totalement dans cette situation et répondre de façon précise à toutes les questions que pose et que se pose la victime. Il n'est pas question de l'envoyer combattre en première ligne sans lui fournir toutes les armes et lui donner toutes les assurances dont il a besoin. Le cadre de la confrontation doit être choisi minutieusement : le lieu et les souvenirs qui y sont liés doivent, si possible, évoquer l'apaisement ou, au moins, être affectivement neutres pour la victime. Il faut donc éviter la maison familiale si l'abus s'y est déroulé.

Il faut également réfléchir à l'identité des différents protagonistes de cette confrontation. Bien souvent, la victime, de peur de faire éclater la famille en révélant la situation ou de « faire mourir [mon] père, il est âgé maintenant ! », pense qu'un minimum de personnes doivent être mises au fait de la situation, protégeant ainsi inconsciemment l'abuseur des conséquences de son acte. Il faut lui expliquer, lui faire prendre conscience que sa « réparation » passe par la reconnaissance de ce statut de victime par toute sa famille. En effet, les troubles psychologiques et somatiques qu'elle a présentés au décours de l'abus l'ont désignée comme : « caractérielle, un peu folle, pleurnicharde, déprimée, désaxée, à côté de la plaque... », tous les qualificatifs que ces familles savent si bien attribuer à ceux de leurs membres qui ne sont pas dans le moule des croyances familiales.

Cette confrontation et l'information qu'elle leur apporte, modifient leur perception de la victime. Elle donne lieu à des échanges riches de sens où le pardon est plus souvent demandé par les membres de la famille que par le bourreau ! Quoi qu'il en soit, celui-ci n'a qu'à bien se tenir : il pourra nier, tenter des manœuvres de diversion en sur-interprétant ou en détournant les propos accusateurs, en menaçant verbalement et physiquement sa victime. Tout aura été mis en place pour qu'il soit contraint d'écouter et d'entendre, même s'il le refuse.

Cas clinique

Solica, 41 ans, consulte pour des troubles du désir sexuel et des phobies. Elle a été abusée par son père, durant l'adolescence, dans la période qui a suivi le décès de sa mère. Après la préparation à l'affrontement, elle téléphone à son père pour lui demander de le rencontrer afin de lui « parler de quelque chose de grave ». Le père refuse, malgré plusieurs tentatives. Nous évoquons ensemble la possibilité d'adresser une lettre, ou une cassette vidéo que son mari enregistrerait avec un caméscope. Cela semble lui convenir. Elle me raconte 15 jours plus tard qu'elle a choisi d'enregistrer 7 bandes audio sur un magnétophone, qu'elle les a envoyées à son père, à sa seconde femme, à ses frères et sœurs, à ses oncles et tantes, adressées toutes le même jour par la poste, en recommandé. Le père a immédiatement téléphoné en lui demandant de venir. Elle s'est rendue chez lui, accompagnée de son mari chargé par moi de la protéger et de la rassurer tout au long de la confrontation. Le père a donné des explications sur son comportement et lui a demandé pardon pour son acte insensé. Solica a pu lui pardonner. Elle s'est aussitôt sentie délivrée d'un énorme boulet qu'elle traînait depuis si longtemps !

Cette préparation peut être répétée dans un jeu de rôles pendant la séance de thérapie. Certains patients ne se sentent pas capables d'affronter une situation aussi difficile et émotionnellement pénible. Dans ce cas, le thérapeute joue le rôle de l'abuseur et se comporte de la façon la plus abjecte, joue et sur-joue le scénario « tout ce que vous craignez et même pire ! », dans le but de vérifier que le patient est capable émotionnellement de faire face. Si c'est trop dur pour lui, des techniques d'auto-hypnose et d'autres conseils adaptés lui permettront d'émousser sa réactivité pour parvenir à faire face.

Le contenu de la confrontation

Il faut prévoir le pire de la part de l'abuseur : déni, colère, accusations, violence physique, manipulation, tentative d'interrompre la confrontation sous des prétextes multiples, tous fallacieux. Une nouvelle agression est possible, physique le plus souvent, ou verbale, surtout avec les grands pervers qui

n'hésitent pas à rapporter certains propos intimes devant toute la famille.

Je rappelle à la victime que lors de la révélation certains membres de la famille, directe ou collatérale, devant le caractère insupportable pour eux de la situation, se lèvent et quittent la pièce. À l'instar de ce qui se passe dans le film suédois *Festen*, qui évoque remarquablement ce drame et ses protagonistes, je conseille toujours à la victime de s'assurer que personne ne sortira avant qu'elle ait fini de parler. Ce n'est pas toujours simple, mais si cela arrive, elle n'en sera pas surprise ni décontenancée.

Les lettres réparatrices

Cette étape peut parfois précéder la confrontation. Elle prépare la victime à l'affrontement quand son bourreau est encore vivant et qu'il peut être contacté. Il arrive que les abuseurs ne soient plus présents et proches : ils ont quitté la région, le pays parfois, ou bien sont morts. Ces lettres sont alors utilisées dans un travail de réparation, accompagné par le thérapeute. Yvonne Dolan¹, psychologue américaine, spécialisée dans le traitement de l'abus sexuel, les utilise systématiquement.

Il s'agit d'un acte volontaire. Elles sont, certes, rédigées à la demande du thérapeute, mais ce dernier ne doit cependant jamais exercer de pression sur le sujet pour qu'il les écrive. Elles font partie du processus thérapeutique, devront être écrites un jour ou l'autre si l'abuseur n'est plus là.

Dans un premier temps, ces lettres sont remises au thérapeute qui en analyse le contenu en séance et demande parfois de le modifier s'il lui semble qu'il risque d'être détourné par l'abuseur contre la victime (insultes, violence verbale). Il arrive que certains patients envoient la première lettre à leur abuseur, sans que le thérapeute en ait pris connaissance, ce qui

1. Y. Dolan, *Guérir de l'abus sexuel et revivre*, Satas, 1996.

montre bien que le passage de victime à vivant peut s'opérer plus vite qu'on ne l'imaginerait.

La première lettre : adressée à l'abuseur

Le sujet décrit les détails de l'abus, les sentiments suscités, la façon dont sa vie en a été affectée. Il lui demande réparation sous la forme qui lui semble la plus appropriée. Cette lettre doit être le plus factuelle possible dans la description de l'abus, et plus émotionnelle dans les conséquences personnelles, familiales, scolaires et sociales.

La deuxième lettre : la réponse envisagée de l'abuseur

On demande à la victime d'imaginer et de rédiger la réponse probable de l'abuseur. Cette lettre peut également contenir le récit de ce que l'abuseur a pu dire lors d'une confrontation réelle, soit au sein de la famille, soit devant des instances judiciaires ou policières.

Elle doit refléter toutes les craintes du sujet en réponse à la première lettre. Cette deuxième lettre est souvent plus douloureuse à écrire que la première. La victime connaît parfaitement le mode de fonctionnement de son bourreau et sait à l'avance ce qu'il répondra. Le lui faire écrire lui permettra de mieux préparer le contenu de la troisième lettre.

La troisième lettre : la réponse « idéale » de l'abuseur

Le sujet doit rédiger dans le détail la réponse qu'il attend, qu'il souhaite recevoir, réponse que l'abuseur écrirait s'il était capable de reconnaître sa responsabilité, les conséquences de son acte, et capable de manifester du remords, de demander à sa victime de lui accorder son pardon, et d'accepter de s'impliquer dans un processus de réparation ou de reconstruction (par exemple, en lui payant une année de formation ou d'études, en réglant les honoraires de thérapie, en lui offrant quelque chose qui lui apporterait symboliquement une réparation...).

En fait, c'est la lettre qu'il attend, qu'il n'a pas reçue, et qu'il n'aura guère la chance de recevoir un jour. Il aimerait tant ! Cette lettre répare le sujet, car elle lui procure les messages de soutien, d'excuse et de validation du traumatisme qui lui sont refusés. Quelle que soit la réponse réelle de l'abuseur, cette lettre est primordiale. Elle donne au patient la capacité de se pardonner et de ne plus se considérer comme un être indigne de vivre ou d'être aimé.

Ces trois lettres sont utiles lorsque l'abuseur a disparu, ou est mort, ou refuse d'endosser ses responsabilités, ou que la confrontation tourne court du fait de la mauvaise foi de l'abuseur, parfois même de son conjoint ! Étonnant, mais banal dans le système « loyauté-protection » qui verrouille certaines familles.

Après avoir écrit ces trois lettres, le sujet peut décider d'envoyer ou non la première. Le fait que les deux autres aient été écrites l'aidera à mieux supporter la réaction, ou l'absence de réaction, de l'abuseur.

Les techniques hypnotiques spécifiques

Elles interviennent dans le cadre décrit précédemment. Leur but est, dans un premier temps, de pacifier le patient, pour lui permettre de se reconstruire dans un second temps.

Déshypnotiser le patient

L'abusé est victime d'un processus d'emprise et de fascination qui l'a contraint à céder au désir de l'autre. Il s'agit là de véritables états hypnotiques, longuement précédés par ce que je dénomme l'hypnose intrafamiliale¹. En effet, toute une gamme d'épisodes intrafamiliaux est traversée la vie durant, épisodes souvent marqués par des situations émotionnellement investies à un haut niveau. Les spécialistes de l'hypnose clinique connaissent bien le mécanisme créateur d'états hypnotiques qui

1. V. Simon, *Du bon usage de l'hypnose*, Paris, Robert Laffont, 2000.

se gravent dans l'inconscient et réalisent des états hypnotiques d'apparition spontanée, et répétitifs. Ils déclenchent subrepticement des processus de blocage dans des situations analogiques et réalisent ce que Paul Watzlawick appelle « les prophéties auto-réalisantes ».

Un exemple ? Réprimandez « copieusement et féroceement » votre enfant lorsqu'il vous présente son bulletin de fin de trimestre parce qu'il ne brille pas dans les matières auxquelles vous attachez la plus grande importance pour son avenir ; en fait, celui que vous projetez pour lui. Observez l'état dans lequel il se trouve : l'aspect de ses pupilles, son teint, sa respiration, son tonus, ainsi qu'une série de paramètres nous disent alors que l'enfant est dans un état hypnotique manifeste. Au moment particulier où les émotions sont au maximum, les barrières de protection psychique sont ébranlées, instables et perméables à toute suggestion. Celle du parent que vous êtes est encore plus efficace et redoutable, du fait des liens familiaux et peut-être d'une loyauté cachée entre l'enfant et vous. C'est alors que, pensant motiver votre progéniture, sans méchanceté réelle, mais avec une dose de toxicité inconsciente, vous lui affirmez de façon péremptoire qu'il est « nul, ne fera jamais d'études, et qu'on se demande comment on a pu avoir un pareil débile dans la famille ! ». Excellente suggestion qui est passée dans un moment hautement hypnotique. Étonnez-vous ensuite qu'à chaque dissertation, rédaction, devoir de mathématiques, il ne fasse « aucun effort », quand, de plus, le très efficace et motivant encouragement « peut mieux faire » de son cher professeur le renforce dans sa conviction qu'il est définitivement nul, ce qui aggrave de semaine en semaine le niveau de ses notes !

Prophétie auto-réalisante que l'enfant, dans sa loyauté, offre à son cher et respecté parent si attentif ! *Il réussit à échouer !*

Ce mécanisme se retrouve dans l'hypnose intrafamiliale des familles incestueuses, où l'enfant est mis en position d'adulte par son abuseur, parfois même se parentifie quand sa mère est

« incompétente » (dépression, incapacité à faire face, absence prolongée, séparation, manque d'attention ou d'affection). Il s'expose de la sorte au désir de celui qui deviendra son bourreau, qui le fascine, l'hypnotise par ses comportements, ses phrases tendres, ses cadeaux, ses caresses et tout ce que cela déclenche chez lui au plan émotionnel et physique ! Enfin, quand les barrières se sont bien effondrées, que le sujet est fasciné et pétrifié, le « baiser du vampire » vient couronner sa victoire.

Il y a donc urgence à repérer cette hypnose intrafamiliale (ou de secte, terrain fertile en matière d'abus sexuels répétitifs et institutionnalisés dans le but « d'améliorer le sujet ») et à la neutraliser.

Recadrer pour agir vite

Recadrer, c'est éclairer d'un jour nouveau, par une interprétation nouvelle, la situation traversée par la victime, pour l'aider à passer du stade de victime au stade de survivant, où il se situe souvent, pour l'amener au stade de vivant pleinement sa vie, d'acteur de sa vie, le faire sortir du statut passif de spectateur que lui imposent les différents stades de la dissociation qu'il traverse.

Agir sur l'angoisse, l'anxiété, la souffrance

Cela se fait par des techniques hypnotiques, basées sur la pratique de l'auto-hypnose développant la création d'un espace de sécurité (ou *safe place*) dans lequel le patient peut se placer pour neutraliser ses affects douloureux.

Agir sur les flash-backs

Ce sont ces images intrusives apparaissant à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit.

Agir sur la culpabilité

C'est possible par une reconstruction de la réalité : de quelle culpabilité parle-t-on, quand la victime innocente paye par sa souffrance pour le coupable qui l'accuse d'avoir laissé faire, d'en avoir redemandé parfois, et qui ne montre nulle compassion envers elle, nul regret ?

Former à la pratique de l'auto-hypnose

Il faudra la pratiquer plusieurs fois par jour, afin de retrouver un contact plus apaisé avec ses émotions et ses sensations corporelles. Le temps de la plainte est clos, elle n'entretient que trop la souffrance : passer à l'action la déstructure et la supprime.

Le travail sur la dissociation

La « dissociation salvatrice », ou état hypnotique commun, apparaît dans des moments de rêverie spontanée : en classe, pendant une réunion un peu trop longue, en train, pendant une émission de télévision. Elle nous permet de nous évader d'une situation dans laquelle notre attention est trop sollicitée et où nous devons prendre un temps pour régénérer notre énergie. L'abusé, plus spécifiquement, se trouve confronté à un mal-être permanent qui l'épuise. Pour se ressourcer, s'évader de cette mémoire traumatique envahissante qui resurgit avec les émotions et les flash-backs diurnes et nocturnes, il se dissocie par un état hypnotique spontané qui lui permet de suspendre provisoirement sa souffrance.

Cette dissociation salvatrice est un moyen de défense spontané qu'il connaît bien puisqu'il l'a utilisé et continue de l'utiliser pour « survivre » pendant et après l'abus...

« J'étais comme morte... une partie de moi subissait, comme si elle était paralysée, pendant que l'autre partie souffrait en silence et hurlait de terreur... »

Le travail thérapeutique consiste à dissocier le sujet de ce traumatisme pendant l'état hypnotique, à le placer en position d'observateur afin de lui permettre de neutraliser très rapidement les affects douloureux, puis, par un processus de régression en âge, à une période avant ou pendant le traumatisme, de rechercher un certain nombre de ressources personnelles qu'il a su utiliser pour survivre à certaines situations complexes et/ou difficiles, les mettre au jour pour les réactualiser et les rendre disponibles et efficaces.

Ce travail se fait en une séance : il permet au patient de modifier le cours de ses épisodes de dissociation et de sa souffrance. Procédé élégant, rapide et écologique, puisque le patient fait ce travail de réintégration dans son corps et régule ses affects avec une émotion et un plaisir évidents. Il se construit, tout seul, par une auto-hypnose positive qui vient déplacer le bloc de souffrance de cette auto-hypnose négative représentée par la période pré et post-abus sexuel et le remplacer par des réponses de guérison.

Pour autant, le travail de restructuration n'est pas terminé. Il faut l'affiner jusqu'à ce que le patient se sente libéré d'un certain nombre de souffrances qui polluent sa vie quotidienne. Des constantes se retrouvent dans les situations d'abus sexuel et de PTSD (cf. p. 73).

Deux de mes amis nord-américains, David Spiegel et Etzel Cardeña, spécialisés dans l'approche hypnotique chez les vétérans de la guerre du Vietnam, de la guerre du Golfe et dans le cas des psychotraumatismes engendrés par les tremblements de terre en Californie, ont développé une approche spécifique en huit pas, qu'il m'arrive d'utiliser dans des cas particulièrement « enkystés », c'est-à-dire rebelles à toute mobilisation, en raison d'une souffrance ancienne autour de laquelle le patient a construit son monde. Lui parler de « lâcher prise » est déplacé : comment lâcher prise quand on se raccroche désespérément à une branche, instable, fragile ? Et que le gouffre s'ouvre sous vos pieds !

Les 8 C dans le traitement de l'abus¹

Cette technique peut utiliser les différents temps de l'hypnose classique par le biais des techniques d'écran, des régressions en âge, de la dissociation, d'autres encore, tout ce qui permettra d'avancer rapidement vers une résolution des symptômes traumatiques.

Par exemple, le patient apprend à se concentrer sur une image intérieure, une sensation physique aussi, qui lui apporte du bien-être, le met à l'aise, lui donne un sentiment de sécurité, telle qu'une sensation de légèreté ou de flottement pendant que sont projetées les images traumatiques sur un écran imaginaire. Cette technique dissocie le patient de ses affects douloureux, expérience nouvelle et enrichissante pour lui : prise du pouvoir en quelques instants sur les éléments de sa souffrance qu'il manipule et contrôle désormais de son propre fait !

Le tout se déroule selon la série de 8 C.

1. Confronter le traumatisme

On demande au patient de reconnaître l'importance du trauma dans l'étiologie de ses symptômes. En effet, le lien n'a pas été établi à ce stade, parfois soupçonné, jamais travaillé de façon complète, ce qui explique les rechutes et les réminiscences des événements traumatiques.

L'anamnèse et l'histoire détaillée des symptômes aigus en rapport avec le traumatisme aident à clarifier le diagnostic porté et mettent des mots sur une souffrance innommée.

2. Condensation du traumatisme

Il s'agit de réaliser une condensation de l'expérience traumatique, un moment particulier, effrayant, de l'agression sexuelle. Par la même occasion, les images vont condenser une série de conflits. Il est alors possible de retrouver quelques composantes de l'expérience traumatique qui symbolisent et résument l'événement.

Les patients qui ont du mal à retrouver des souvenirs peuvent être aidés : on leur demande de se souvenir du moment précédent immédiatement le trauma ou de leur état de santé physique avant l'accident.

1. E. Cardena, J. Maldonado, O. Van der Hart, D. Spiegel, Hypnosis, *Journal of Traumatic Stress*, 2000, 13, 580-584.

3. Confession à soi-même

Le patient doit reconnaître, en revoyant ou revivant les expériences traumatiques, les sentiments ou les situations dont il se sent profondément honteux, qu'il n'a jamais osé raconter à personne.

4. Consolation

Le thérapeute peut exprimer son émotion aux patients et les « consoler » de façon appropriée, par des mots, des recadrages, des éclairages, des gestes d'encouragement et des sentiments sincères qu'il éprouve pendant la séance. La neutralité ou le silence sont interprétés comme du désintérêt et aggravent le trauma.

5. Conscience

Rendre le patient conscient des événements réprimés ou dissociés lui permet de les restructurer. Reconnaître également au patient le droit de se sentir impuissant, sans aide pour faire face, tout en validant ce qu'il a pu faire pour se protéger lui-même, lui fait prendre conscience d'un certain nombre de ressources dont il n'avait plus conscience en raison de sa souffrance.

6. Concentration

Mobiliser et focaliser la concentration. Les victimes d'abus craignent de se noyer, de se perdre dans le marécage de leurs souvenirs s'ils reviennent à la conscience. L'hypnose autorise une concentration bien définie et étroitement focalisée qui permet d'activer des souvenirs et de les désactiver quand le travail thérapeutique est terminé. En fait, on demande au patient de penser au traumatisme, de le confronter à la *safe place*, par exemple, ce qui provoque un phénomène d'usure des affects négatifs.

7. Contrôle

Le traumatisme, par ses conséquences, entraîne un sentiment d'impuissance chez le patient. La thérapie par hypnose améliore le contrôle des émotions intimement liées au souvenir des expériences présentes et passées. En suggérant au patient, pendant l'hypnose, qu'il aura la possibilité de se souvenir juste de ce dont il a besoin pour se rappeler l'expérience traumatique, nous ne faisons que renforcer un processus qu'il connaît et qu'il a oublié ! Lequel d'entre nous ressent la douleur de son appendicite quand il en parle à sa famille ou ses amis ? La plupart du temps la foule de détails qui est donnée n'est pas associée à une douleur physique ou morale : ces douleurs ont été « métabolisées »,

c'est-à-dire réinterprétées. Nous ne faisons que renforcer l'idée que l'état hypnotique est un état qui leur est propre, qui n'appartient qu'à eux-mêmes, et qu'ils peuvent l'utiliser quand bon leur semble, pour les aider à rassembler leurs propres souvenirs.

8. Congruence

Le but est d'aider le patient à affronter et à supporter cette période tragique, à l'intégrer dans la vision présente qu'il a désormais de lui-même, afin qu'il ne lui soit plus nécessaire de dissocier ses souvenirs pour survivre. Ce qui implique la restructuration du souvenir pour le rendre plus supportable à l'état de conscience.

La thérapie par hypnose repose sur une réelle collaboration sujet-thérapeute, au cours de laquelle le thérapeute aide le patient à retrouver des souvenirs : le sujet les « métabolise » pendant les sessions d'hypnose, puis chez lui, par l'utilisation de l'auto-hypnose que le thérapeute a élaborée pour lui au cours de son travail. Il s'agit donc d'un travail actif qui trouve son aboutissement dans la prise de pouvoir du sujet sur sa souffrance, laquelle perd alors son pouvoir et disparaît.

Les étapes de la reconstruction de soi

L'affirmation de soi

Elle permet au patient de faire respecter sa différence, en affirmant ses choix, ses désirs, ses valeurs, ses croyances et ses émotions. Elle lui donne les moyens de sortir de toute situation où l'agressivité, la passivité ou la manipulation sont mises en scène. En apprenant à s'affirmer, et en proposant d'autres solutions qui lui conviennent mieux que celles proposées par l'autre, le sujet se met hors de danger et n'accepte plus que ce qui lui convient.

La défense du territoire

Elle consiste à faire vivre l'intrusion physiquement, émotionnellement, dans une situation où le thérapeute demande au

patient de délimiter avec ses mains l'espace dans lequel il se sent en sécurité. Il lui demande de se positionner et de faire respecter son territoire, d'en refuser ou d'en autoriser l'entrée. En fait, il s'agit d'une découverte et d'un apprentissage : apprendre à dire non au plaisir de l'autre si cela ne lui convient pas !

Le plaisir de l'autre ressemble au baiser du vampire qui se nourrit de l'énergie de sa victime, de son corps et de son sang, et laisse le sujet pantois, meurtri et asphyxié jusqu'à la prochaine fois... Dire oui à son propre désir, c'est s'accorder un plaisir, son propre plaisir, qui est différent : il est basé sur un système de partage, et non d'emprise, de respect, pas de soumission, d'attention à moi pour me sentir reconnu. Pour pacifier mon corps, le « ré-unir », lui permettre de reprendre contact avec une autre réalité : il est vivant, partout, sans faille ni souillure ! Plus de *no man's land*, plus d'anesthésie, ni de haine pour ce corps en souffrance. Apprendre à le redécouvrir, lui donner vie, lui permettre d'exprimer une envie, un désir, des sensations, le plaisir d'être... VIVANT !

Apprendre la différence

N'existe-t-il pas un abus dans cette confusion intime de mon corps avec le corps de l'autre ? Est-il différencié et vivant, ou bien a-t-il perdu toute différence – dédifférencié ? Ce qui est grave, car chaque corps est unique, et si l'abus introduit une confusion dans l'esprit et le corps, la thérapie éclaire une nouvelle voie, celle de la reconnaissance : quand une relation se noue, les corps et les esprits se reconnaissent et s'autorisent mutuellement à s'interpénétrer l'un et l'autre, pour que l'échange génère l'amour et la vie dans le couple.

Le corps et ses territoires sont à explorer, comme le fait un enfant qui apprend à marcher et passe de la posture horizontale à la posture verticale, exploration sans fin qui lui permet également de grandir. Oser ! En adulte qui, désormais, fait face et permet à cet enfant caché en lui, englué dans une souffrance silencieuse, de grandir enfin ! Oser, c'est prendre

le risque de guérir, jouir à nouveau d'une nouvelle vie, s'en réjouir à chaque instant !

La confiance

« Comment avoir confiance en moi, quand celui à qui je faisais confiance s'est révélé indigne ? Quand celui qui avait ma confiance l'a détruite et m'a détruite ? Quand j'ai honte de ce qui m'est arrivé, d'avoir laissé faire, d'avoir laissé recommencer pendant si longtemps ! D'en avoir même ressenti du plaisir ! »

Et lui, il a honte ? Et lui, le Vampire, vous lui faites encore confiance maintenant ? Vous pensez qu'il a du remords ? Qu'il n'a jamais recommencé avec d'autres enfants ? Peut-être même avec vos nièces ou votre fille ? Laisseriez-vous faire cela à votre fille ? J'imagine son visage... et sa peur aussi ! Observez-le, il a peur de vous !

Allez-vous le laisser recommencer avec un autre enfant ?

« JAMAIS ! », dit-elle ! Et bravement, elle va affronter son bourreau, sa famille et les autres... et oublie son « manque d'assurance et de confiance ».

Resituer la culpabilité

« Je suis coupable parce que je n'étais pas digne d'être aimée, je suis impure, mon ventre est souillé... ma mère disait que j'étais méchante, vicieuse, une salope, une pute... »

À 8 ans, ? Qui vous a appris tout cela ? Qui a mis son doigt dans votre sexe, ou son sexe dans votre bouche ou dans votre anus, ou dans votre vagin d'enfant ou d'adolescente ? Qui est *le coupable* ? Certainement, *vous* ? Qui a rayé la facette de ce pur diamant, ce joyau, l'innocence de l'enfance ? Certainement, *vous* ? Vous sentiez-vous bien avant, pendant et après, quand il se servait de vous pour assouvir ses instincts ? Qui est coupable ? Vous ?

Lutter contre le mal-être

Comment se sentir bien après un tremblement de terre ? Un effondrement du corps et de l'esprit... Comment dire ce qui ne

peut être dit, quand le corps et l'esprit sont comme un puzzle désagréé ? Comment supporter et surmonter cette explosion du corps et de l'esprit dans une violence ou un amour effroyable ? Il ne reste qu'à survivre dans un silence qui glace le corps et l'esprit, le fige dans une souffrance, en attendant la fin... Finir ce puzzle que nous allons reconstituer ensemble... il n'en manque pas une seule pièce, heureusement !

Et les autres vieux compagnons de souffrance ? La boulimie, l'anorexie, l'alcool, le tabac, la dépression, les troubles sexuels, les troubles du comportement ? Ce ne sont que les pièces de ce puzzle que vous tentez de remettre en place, à l'envers, sans les orienter dans le bon sens... celui de la guérison, *votre guérison*, pas celle des médicaments et des pleurs. Reconstruisons-le, réajustons-le ensemble : dès que certaines pièces commencent à donner un sens à la construction, tout s'articule plus vite. Par quelle zone commençons-nous ? Au choix !

Et eux... les autres ? Qui me regardent me débattre et tenter de surnager : mes parents, cette famille qui fait semblant de ne rien comprendre, ou de ne pas savoir, qui fait comme si de rien n'était. Leur silence me rend folle, cette conspiration me broie. Ils m'ont si souvent dit que je suis folle et étrange, et depuis si longtemps !

Je vais tout leur dire. Ce qu'ils ignorent, ce qu'ils savent aussi, ce qu'ils m'ont dit d'oublier, ce que je ressens, sans haine pour leur incapacité à me comprendre et/ou à me protéger quand j'étais plus jeune. Ma souffrance d'avoir subi l'insupportable, l'impossible, l'inhumain, l'inqualifiable monstruosité. Je vais tout leur dire, juste pour leur demander ce qu'ils en pensent, le sens que cela peut avoir pour eux, surtout pour celui qui a abusé de moi.

Je leur dirai tout, y compris à mon mari, à mes enfants, pour qu'ils sachent que je ne suis pas folle quand ils perçoivent que quelque chose me ronge. À mes enfants, pour qu'ils sachent dire NON si quelqu'un s'approche d'eux, n'importe qui !

*

* *

Nous pourrions continuer à décrire les différents points qui caractérisent la reconstruction de ce sujet « désagrégé » par l'abus. Ils sont multiples, imbriqués, et soulever le voile sur un problème en fait immédiatement surgir un autre qu'il faudra également aborder et traiter, dans l'ordre qui nous semble le plus adapté. L'expérience de ce type de thérapie montre que la résolution d'une situation, parfois simple, modifie, comme dans le jeu des dominos chinois, l'équilibre des pièces imbriquées que sont les symptômes. Si l'on bouge la première pièce, les autres suivent et s'écroulent toutes, l'une après l'autre. Au thérapeute de savoir, avec le patient, quelle pièce sera mobilisée en premier. À lui de donner l'impulsion juste, celle qui convient pour mettre en action ce système.

14

Paroles de victimes

Marianne et son dévoué père

Marianne est une jeune femme blonde, au teint clair, aux yeux vert profond, dont le regard est noyé dans une grande détresse. Elle a 42 ans, trois enfants, un mari, ne travaille pas, élève ses enfants avec amour, s'occupe de sa maison qu'elle décore avec goût. Tout dans sa vie concourt à ce qu'elle soit parfaitement heureuse, mais... elle vit un drame depuis plus de vingt ans : elle n'a aucune mémoire, n'arrive pas à se concentrer. Tous les examens neuro-psychologiques sont rassurants, il n'existe aucun déficit.

Elle m'est adressée par sa psychiatre-psychanalyste qui la suit depuis sept ans. Marianne reconnaît avec sa psy qu'elles n'avancent plus et qu'il faudrait faire quelque chose pour remettre en route un processus. En attendant, Marianne suit séminaires sur séminaires de développement personnel, organisés par une congrégation religieuse de sa région : la prière intensive devrait l'aider, lui dit le bon Père qui dirige ce groupe. Elle connaît bien ses prières, Marianne, par cœur, sans un trou de mémoire, mais seulement ses prières, le reste ne vient pas. *Pari pascalien !* Mais ne dit-on pas que la foi déplace les montagnes ?

Son véritable problème, c'est ce qu'elle a vécu avec son père, le vrai, celui qui aurait dû être le bon père. Jusqu'à 16 ans, Marianne a subi ses attouchements sexuels lorsqu'il venait lui souhaiter bonne nuit : il lui caressait le sexe, puis lui faisait un cunnilingus ! À 16 ans, Marianne l'a supplié d'arrêter. Comment survivre à ce rituel nocturne, sinon en enfouissant ces gestes et cette souffrance dans une amnésie protectrice ? À

force de s'obliger à oublier, à ne pas penser toute la journée à ce qui se passait tous les soirs, Marianne a mobilisé son énergie à oublier ce qu'elle vivait : l'insupportable ! Elle y a partiellement réussi en bloquant l'accès à sa mémoire « diurne », celle qu'elle aurait dû utiliser à l'école et au lycée. D'où ses échecs scolaires et son incapacité à mémoriser ou à se remémorer des événements ou des apprentissages simples.

Le travail thérapeutique a consisté à la préparer à la confrontation avec son père. Marianne n'a pas retenu ce que j'attendais d'elle dans les trois lettres que je lui demandais d'écrire ni les explications que je lui avais données, ce qui est normal en raison de ses troubles de mémorisation.

Sa première lettre

« Cher Papa,

Maintenant que tu connais mon « mal-être », j'aimerais que nous avançons en vérité. Jusqu'à présent, je m'acharnais à vouloir pardonner en faisant semblant que tout allait bien, en niant, en essayant d'oublier par mes propres forces. Mais la rancune revenait au grand galop jusqu'au moment où je n'en pouvais plus. J'ai ressenti de la colère lorsque tu as minimisé ce que je ressentais : « elle rumine, elle grossit le problème, elle manque d'ouverture... ». Même si tu considères que ce n'est pas grave, moi, j'en ai beaucoup souffert. Un père n'a pas à mélanger tendresse paternelle et caresses sexuelles. Ce ne sont pas des actes normaux. Un enfant ne peut se construire dans ces conditions. J'imagine que tu ne connaissais pas les conséquences de tes actes et que tu m'as fait du tort sans le vouloir. Mais à présent, il faut construire du neuf. Je pense que ce qui me soulagerait serait que tu m'écrives une lettre où tu reconnais ta part de responsabilité dans ma grande souffrance. Je ne peux donner mon pardon qu'à quelqu'un qui me demande pardon, et ce pardon sera la condition pour notre *paix intérieure*, notre *paix de l'âme* à tous les deux, pour notre vie à venir. J'espère que nous y arriverons.

Je t'embrasse. Marianne. »

Sa deuxième lettre : réponse envisagée

« Cher Papa,

Merci de ta lettre qui est pour moi une sorte de « reconnaissance de dette », une prise de conscience de ta part de ce que je vis. J'espère qu'avec le temps, ma souffrance *assainie* par cette mise au point sera vécue de façon plus *pacifiée*. Pour l'instant, laisse-moi du temps pour souffler. J'ai besoin de *DISTANCE* pour reprendre vie. Je t'embrasse. Marianne. »

La troisième lettre

Elle n'est pas rédigée, mais un mot à mon adresse accompagne ces deux lettres.

« Cher Docteur, que pensez-vous de cette correspondance et de ma réponse envisagée ? Croyez-vous qu'une mise à plat est nécessaire pour une véritable pacification ou que le temps fera les choses ? D'avance merci pour votre réponse. »

Lors de la séance qui suit, nous envisageons d'adresser la première lettre au père. Une crainte apparaît immédiatement : âgé de 79 ans, le père est cardiaque. Marianne a peur « de le tuer » lors de la confrontation.

Je lui propose alors que cette confrontation ait lieu à mon cabinet où j'ai du matériel de réanimation d'urgence, y compris de l'oxygène. De plus, le SAMU et les Pompiers sont à moins de deux minutes de mon cabinet. Elle décide alors d'envoyer la première lettre à son père, par la poste. Pas de nouvelles plus de quatre jours après ! Lorsqu'elle appelle chez ses parents, sa mère lui dit qu'elle a ouvert la lettre et qu'elle ne l'a pas remise à son mari, qu'elle lui demande de le « laisser tranquille, d'oublier tout cela et de se taire pour ne pas faire de scandale dans la famille » (grande famille, issue du monde de ce qu'on nomme de nos jours les capitaines d'industrie).

Fort heureusement, nous avons anticipé ce verrouillage : Marianne en avait parlé à son frère, sa belle-sœur, son mari et ses enfants. La mère a donc été contrainte d'organiser, à leur

domicile, la rencontre avec le père. Celui-ci n'a pas éprouvé le moindre malaise pendant que Marianne parlait, bien au contraire, il était très attentif et manifestait le plus vif intérêt pour ses propos. Pas un remords, pas un regret, pas l'once d'une demande de pardon :

« Mais ma chérie, ce que j'ai fait était un hommage à ta grande beauté quand tu étais jeune, tu en as été flattée et tu as ressenti du plaisir, souviens t'en ! En plus, je t'ai épargné que ce soit un grand nignaud qui te fasse découvrir tout cela et te fasse souffrir ! »

Pas un mot de réprobation de la mère, par un mot de défense non plus.

Les vampires sont immortels, bien évidemment, et l'on reste parfois sidéré devant leurs mécanismes de défense et leur aplomb. En ce qui concerne la mère, certes complice, elle devait certainement être aussi victime de ce grand pervers.

Poursuivant le chemin vers la sortie de cette souffrance, nous avons ensuite effectué ensemble un travail de « deuil symbolique », mal accepté au début, deuil de parents aimants et protecteurs, afin de les appréhender différemment et de leur attribuer une autre place dans la vie de Marianne. Surtout, qu'elle ne laisse plus ses propres enfants chez eux hors de sa présence !

Ce fut douloureux, mais elle fut bien aidée par ceux qui la soutenaient dans sa démarche. Son mal-être s'est allégé, sa mémoire s'est améliorée, mais le phénomène, trop ancien, a occasionné des troubles de la mémoire des faits récents, et l'on ne peut parler de guérison.

Alice et son étrange beau-père

Alice, 40 ans, est en cours de divorce. Elle est mère d'un garçon de 11 ans, se plaint de troubles de la vue, de cystites à répétition, de douleurs à la hanche sans lésion rhumatologique. Elle a fait deux tentatives de suicide. Elle a été violée par son beau-père, Jean-Paul pendant 4 ans, entre 9 et 13 ans. À cet

âge, elle a accouché d'un enfant de lui qu'elle a dû confier dès la naissance à la DASS. Le beau-père se suicidera de façon violente quand elle aura 20 ans.

Lettre adressée à Jean-Paul

« Dimanche 22 septembre 2002

Je viens par cette lettre te rappeler mon bon souvenir. Peut-être m'auras-tu oubliée. Alors je vais te rafraîchir la mémoire.

C'est l'histoire d'une petite fille aux cheveux blonds bouclés. Sa mémoire débute à 5 ans lorsque sa maman divorce de son père alcoolique. Tout est bousculé lorsqu'elle se retrouve dans un train pour la première fois avec sa mère, sa sœur Pauline, 3 ans, et son frère Guillaume, à peine 18 mois, en direction de l'habitation de sa grand-mère où ils vivront des jours merveilleux pendant un an. Cette petite fille est sensuelle, créative, talentueuse. C'est la joie de vivre personnifiée. La vie coule en elle avec énergie. Elle est curieuse, avide de connaissance, avec une mémoire phénoménale. Tout est source d'étonnement, de sensations physiques, d'émotions. Tu ne peux imaginer à quel point cette fillette est... Elle a tous les atouts pour réussir sa vie. Dieu lui a tout donné.

Quand sa maman leur présente ce monsieur « propre sur lui », avec une belle voiture, ils ont tous une sensation de malaise. À la seconde rencontre, lorsque sa maman leur dit de l'appeler « Papa », une profonde angoisse s'abat sur eux. À six ans, démarre le cauchemar d'appeler « P'pa » un homme qui est un étranger et le restera.

Te rappelles-tu le jour où elle t'a surpris dans la chambre avec maman ? Vous faisiez l'amour en pleine journée. J'ai pleuré. Je ne comprenais pas ce que j'avais vu, pourtant, c'était le début de mon enfer. J'avais neuf ans quand je suis devenue myope et que tu as commencé les viols répétés sur ma personne. Te souviens-tu que je gardais ma petite culotte précieusement sur moi pour dormir, ultime rempart à tes assauts ? Te souviens-tu du jour où tu as voulu que je suce ton pénis et que j'ai failli vomir ? Je fermais les yeux. Je ne comprenais pas ce qui se passait, mais j'avais honte.

Ma joie de vivre est devenue déprime, colère, honte, frustration, mauvaise humeur, renfermement. Le seul moment où j'étais à peu près normale, c'était lorsque je partais en « visite » chez les

« vieux ». La pression retombait à peu près, mais je vomissais quand même pour l'aller et le retour. Moi, c'était l'âge où je rêvais de bisous avec un petit copain de mon école. Je m'isolais partout sans m'en rendre compte. J'en étais malheureuse. Je ne comprenais pas pourquoi on ne jouait pas avec moi. J'espérais que Zorro viendrait me délivrer.

Plus tard, à treize ans, quand je suis tombée enceinte, j'ai eu honte de le dire. Quand le médecin l'a dévoilé à Maman, c'était trop tard pour avorter. Il faut que tu saches que j'ai toujours considéré ce que j'avais dans le ventre non comme un enfant, mais comme un monstre, une horreur.

J'ai souffert pendant 48 heures de contractions violentes. Le médecin a dû pratiquer une incision.

J'ai crié.

C'est sorti.

J'étais allée à l'école avec mon gros ventre.

Je revenais mince comme une limande.

Les professeurs avaient essayé de me tendre la perche en racontant pendant un cours une histoire de fille violée. Je me demandais bien pourquoi ils avaient raconté cette histoire. Avec le recul, je sais que c'était à moi qu'elle était adressée, qu'ils voulaient m'aider, mais il m'était impossible de parler, impossible d'ouvrir ma bouche. Aucun son ne serait sorti. J'étais presque muette, torturée de l'intérieur. J'étais si triste, si vieille, si déprimée, complètement décalée par rapport aux jeunes de mon âge.

Quand j'ai eu un copain pour faire l'amour, j'ai eu mal dans mes rapports sexuels. Alors, j'ai fait semblant d'aimer cela, mais quand on n'aime pas, ça devient vite lassant et les corps se saisissent instantanément.

Mon corps est resté longtemps une plaie ouverte, une torture à l'autre.

Quand j'ai rencontré Patrick, qui deviendrait mon mari, j'avais déjà fait plusieurs tentatives de suicide. On a tout de suite su qu'on ferait un bout de chemin ensemble. C'est pourquoi, je lui racontais ma souffrance.

Quinze ans de mariage nous ont essoufflés dans une course au plaisir qui n'a pas encore démarré. Le divorce est en cours.

Lorsque j'ai entrepris de voir un psy en 1985, j'ai découvert qu'en

fait je n'étais pas la coupable, mais la victime de tes désirs pervers, j'ai commencé à voir un peu le jour. Sache que je n'ai pas été la seule de tes victimes. Corinne et William sont également touchés dans leur corps et leur esprit.

Aujourd'hui, avec le Docteur Simon, il est temps de me reconstruire, ou de détruire la forteresse que j'ai dû bâtir afin de me protéger du regard des autres.

Aujourd'hui, regarde-moi, je suis libre et je te pardonne, car je suis comme la fleur qui s'ouvre et qui montre son cœur.

Tu n'es qu'un petit point dans l'espace de mon Univers qui s'éloigne et qui s'efface à jamais. »

Réponse de Jean-Paul à la lettre n° 1

« J'espérais de tes nouvelles et tu as su répondre à mes attentes.

J'ai toujours aimé le sexe et ta mère ne me suffisait pas. Si tu ne le sais pas, j'ai eu d'autres maîtresses, ta sœur le sait, elle.

J'ai toujours aimé le sexe pour son érotisme, je suis un hédoniste et un dominant caractériel et pervers. J'aime le risque et les sensations fortes, c'est pourquoi je vous ai fait vivre un véritable enfer quand j'allais voler, par exemple.

À tous les niveaux... Au niveau de la chair, c'est pareil.

Je suis incapable de travailler... tout comme ton mari, d'ailleurs.

J'estime que je vaudrais mieux que ce qu'on me donne pour salaire.

Je t'ai toujours aimée.

Si j'étais vivant, je t'aurais poursuivie où que tu ailles, et d'ailleurs, c'est ce que j'ai fait jusqu'à ce jour.

Si je devais recommencer, je recommencerais sans complexes... pour la jouissance.

Jean-Paul »

Réponse souhaitée de Jean-Paul

« J'ai bien reçu ta lettre et je comprends à présent le mal que je t'ai fait.

Je te demande de me pardonner encore, mais j'ai cru que tu prenais toi aussi du plaisir.

J'ai voulu être ton initiateur. Tu étais si belle. Et quand tu as commencé à devenir une femme, j'étais sublimé par ta beauté et ta pureté.

Je regrette de n'avoir pas compris que je brisais ta vie, ton corps et ton espace vital.

Quand j'ai compris que tu étais enceinte, il était trop tard.

Pardonne-moi tous ces attouchements qui se voulaient caresses et qui n'ont contribué qu'à ton malheur.

Je te demande maintenant de te hisser vers la lumière et je t'y aiderai en faisant partie à jamais de l'oubli.

Tu mérites une vie riche de plaisirs que tu auras choisie avec la personne de ton choix.

Adieu,

Jean-Paul »

Virginie et son instit

Virginie, 32 ans, vit en couple une situation difficile après un divorce 4 ans auparavant : la communication est mal ajustée, les non-dits nombreux, l'angoisse du futur omniprésente, la dépression aussi. Elle est enceinte de 3 mois. Elle est entraîneuse dans l'athlétisme de très haut niveau international. Sa souffrance est diffuse, mal définie, omniprésente. Elle a été abusée par son maître d'école.

Je lui demande de rédiger les trois lettres à son abuseur. Elle a eu deux enfants dans les deux années qui ont suivi sa thérapie. Elle envisage une reconversion professionnelle.

Lettre n° 1

« Virginie, votre élève en CM2

le 1^{er} novembre 2000

Cher Monsieur,

Comment démarrer cette lettre, peut-être pas par un « cher ». C'est ma politesse qui veut ça, si ça ne tenait qu'à moi, j'utiliserais sans doute une « espèce de sale bonhomme ! »

Vous souvenez-vous de moi ? Je n'en suis pas sûre. Vous en avez abîmé tellement, avant et après moi ! Mais une, c'est une de trop ! Comment avez-vous pu, ou pouvez-vous (si vous êtes encore malheureusement dans une classe) faire de telles choses ! Et être si sûr de vous, tout sourire, tout vampire, oui. Combien de fois ce sourire malsain m'a fait faire des cauchemars et me mettre dans un tel mal à l'aise. Ce sourire que vous aviez, lorsqu'à la piscine, vous m'appeliez (oui, rien que moi, parmi tous les autres) pour vous tenir le bouton de la douche. Et moi, naïve, obéissante et terrorisée à la fois, je venais comme un petit robot, comme si mon moi était sorti et que c'était quelqu'un d'autre qui était là dans cette douche, à voir cette chose que je ne connaissais pas et qui me dégoûtait. Et vous, tout content, comme si de rien n'était, vous vous « laviez » devant moi. J'aurais voulu crier, m'enfuir. Quelle peur m'habitait ! Moi, si petite, j'aurais voulu être un géant et vous écraser de toutes mes forces.

Tout cela n'était qu'un jeu, comme vous le disiez. Un jour, lors de cette projection de photos de « Bretagne » ou plutôt souvenir de vos vacances dans un camp de nudistes où encore une fois vous êtes exhibé devant toute la classe ! Ah oui, vous ne l'aviez pas fait « exprès » ! Et vous avez dit, je vous cite : « Je n'ai pu avoir une petite fille, alors je joue avec celles des autres ! » Je n'ai jamais oublié cette phrase. Cela m'a tellement choquée ! Et je comprenais, vous jouiez avec moi ! Mais c'est fini, j'en ai marre de jouer. Ça suffit ! Terminé ! J'ai grandi, et je sais me défendre et me battre. J'en ai tellement marre d'avoir toutes ces angoisses, ce stress, cette boule dans la gorge qui m'empêche de vivre ma vie ! Allez vous faire foutre ! Je ne me laisserai plus faire. Je veux retrouver cette joie de vivre que j'avais en moi. Ces rires, ces joies que j'ai perdus.

Future maman, je me battrai contre tous ceux qui tenteront d'approcher mon enfant, ne serait-ce que d'un pouce ! Et j'en aurai la force et le courage, cette fois !!

J'en ai tellement voulu à mes parents de ne pas vous avoir « cassé la gueule » et de ne pas m'avoir défendue. Mais qu'est-ce que cela aurait changé ? Le MAL était fait ! Heureusement, que, ce fameux soir, je ne suis pas allée chez vous, dans la gueule du loup !

Je me souviens de ces larmes qui sont sorties, je ne pouvais plus bouger ! Heureusement que Maman m'a crue et qu'elle m'a permis de ne pas y aller. Et vous, tout content et triste à la fois, vous m'avez encore prise dans vos bras et dit que ce serait pour une prochaine fois !

NON, il n'y aura pas de prochaine fois !

Quand j'ai su que l'on vous avait muté ailleurs, dans une petite ville, quel malheur ! Vous allez encore plus profiter des petites filles naïves et innocentes. Que le diable qui est en vous, vous emporte en enfer ! Et votre femme, là, à côté, qui voit et qui ne bouge pas ! Quelle horreur ! Ce petit garçon qui est mort, accidentellement d'après vous, ne méritait pas cela, et surtout pas d'avoir de tels parents. Comment cela peut-il exister ? Je vous haïs de toutes mes forces et vous préviens que maintenant c'est fini, la partie est finie, échec et mat ! Ça vous dit quelque chose ?

J'avais tellement confiance en vous, au début. Votre charme, votre gentillesse apparente ! Allez au diable !!!

Une élève qui vous veut du mal !

Oui, je vous en veux. Je n'ai plus confiance en moi, j'ai peur de tout. J'ai peur des hommes. J'ai peur qu'on me viole ! Je n'aime pas qu'un inconnu me regarde. J'ai l'impression d'être violée au plus profond de moi. Même avec l'homme que j'aime, lorsqu'il me touche, parfois je suis ailleurs, ou je suis quelqu'un d'autre et j'ai peur qu'il me fasse du mal. Je ne peux pas me laisser aller. Des visages viennent me troubler et j'ai l'impression de devenir dingue. Et j'ai envie de crier STOP ! Mais je ne peux pas. Les sons ne sortent pas et je me mure et j'ai envie de mourir.

Mais j'en ai marre de vouloir mourir. Je veux vivre !! Je veux connaître le bonheur comme plein d'autres et être bien avec moi-même !

Et je veux y croire, et je veux y arriver ! Je veux me battre. Ça me fait du bien de vider mon sac, il y a longtemps que j'aurais dû le faire.

Maintenant, je suis plus grande, vous avez profité de mon jeune âge à l'époque.

Eh bien, terminé, j'ai grandi !

Échec et Mat ! »

Lettre n° 2

« Chère petite,

J'ai été surpris de votre lettre. Je crois qu'il y a un malentendu et une mauvaise interprétation.

Jamais je n'aurais voulu faire du mal à qui que ce soit.

Oui, j'aime jouer avec les petites filles, ça m'amuse, mais je ne leur fais pas de mal. D'ailleurs, je ne vous ai jamais fait mal. À la piscine aussi, il y a malentendu. Vous étiez là, à côté, alors, tout simplement je vous demandais de venir m'aider. Et vous n'avez jamais refusé : je ne vous ai jamais menacée ou obligée à le faire ! Et si vous regardiez, c'est votre problème. Je ne vous ai jamais demandé de regarder ! C'est vous seule qui regardiez ! Si vous êtes vicieuse, ça vous regarde.

Échec et Mat ! Bien sûr que je me souviens. Vous veniez sur mes genoux, et vous ne bronchiez pas, d'ailleurs. Si vous n'aviez pas voulu, vous ne seriez pas venue et je n'en aurais pas fait une maladie. Il y en avait d'autres ! Mais vous, vous ne disiez jamais NON !

Alors, laissez-moi (et ma famille) tranquille, et je rigole de toutes ces peurs et angoisses que vous avez ! Je n'y suis pour rien, et regardez-vous en face. Vous êtes folle ! Vous avez un problème avec vous. Alors foutez-moi la paix. Si je suis là où je suis maintenant, c'est à cause de petites garces de votre genre. Des petites « pisseuses » qui vont pleurer à la moindre occasion dans les jupes de leur chère maman.

Vous, allez au diable. Et si je vous retrouve, je vous tordrai le cou, cette fois-ci ! Et puis, ça fait si longtemps, c'est pas maintenant qu'il faut se plaindre. Vous êtes une petite fille lâche et vilaine ! Vous ne méritez pas d'être heureuse. Vous êtes une « chieuse » !

Alors, foutez-moi la paix maintenant.

Signé, un instituteur compétent qui a été ennuyé par des petites garces comme vous !

PS : mes amitiés à vos chers parents. »

Lettre n° 3

« Chère enfant,

Bien sûr que je me souviens de vous, vous si gentille, docile, mignonne, avec vos petites jambes si fines et vos cheveux si longs.

Je ne savais pas que je vous avais fait autant de mal. Et que tant de souffrances vous habitent encore.

Je vous voulais du bien et non du mal ! Peut-être suis-je allé trop loin ? Je le regrette sincèrement.

Bien sûr, je n'ai pas le droit d'abuser de la gentillesse des petites filles. Mais, par moments, j'ai ces pulsions en moi, que je ne peux contrôler.

Et j'en suis si triste. Je ne peux m'empêcher de « toucher ». Ce désir soudain qui monte en moi est incontrôlable. J'ai tout essayé, mais je n'y arrive pas. Même ma pauvre femme n'y peut rien. Nous en sommes si tristes. Je m'en veux tellement de vous avoir fait peur. Vous ne méritez pas cela, bien au contraire. Vous étiez tout le temps souriante, en train de rire, et si bavarde en classe ! Je ne vous imagine pas triste et pleurant.

Pardon de tout ce mal, mais dites-vous que je souffre si ce n'est plus que vous et, par moments, j'ai même marre de vivre ! Je préférerais parfois mourir ! Je vous promets que j'essaierai de ne plus recommencer et de ne plus vous torturer.

Encore mille fois pardon. »

Perrine à l'école

La première fois que je reçois Perrine, elle est accompagnée par son père, qui la soutient : elle a 14 ans, un déficit d'équilibre sévère, sans lésion neurologique spécifique, présente une anorexie mentale évoluée, deuxième rechute après un séjour à l'hôpital. Elle est épuisée physiquement et moralement, le psychanalyste lacanien qui la « traite » par des séances de 15 minutes, au cours desquelles on pourrait se demander s'il n'existe pas une maltraitance médicale, ne veut plus d'elle (ou n'en peut plus ?). Étrange comportement qui « survictime » Perrine et ses parents qui sont à bout de souffle après le drame qu'a traversé leur fille unique : elle a été victime d'abus sexuels répétitifs par son maître d'école, puis par un camarade de classe.

Dès que nous avons mis en place des techniques d'auto-hypnose pour diminuer les phénomènes anxieux et les flash-backs, le travail de restructuration commence.

Les lettres aux différents agresseurs sont rapidement rédigées. Elles sont remarquables de limpidité, de justesse, et la souffrance exprimée est parfaitement délimitée, sans haine ! Je vous laisse les découvrir telles quelles, sans aucune modification de ma part. Gardez en mémoire en les lisant que Perrine a 14 ans, que son abuseur est libre et réside tout près de chez elle !

« Perrine

Le 22 novembre 2002.

Cher Docteur Simon,

Je me permets de vous adresser ces trois lettres (concernant l'enseignant) espérant qu'ainsi vous pourrez les lire avant notre prochain rendez-vous.

J'ai constaté un grand soulagement en les rédigeant, je crois avoir enfin réussi à poser ce lourd bagage et cela m'a fait un très grand bien.

Je pense que nous aurons l'occasion d'en rediscuter prochainement, alors je n'ai plus qu'à vous souhaiter une bonne lecture !

Perrine »

Lettre n° 1

« Monsieur,

J'ai décidé de vous adresser cette lettre, car je pense qu'il est grand temps pour vous de savoir, et d'affronter, ce que de nombreuses personnes ont enduré à cause de vous et votre perversité maligne. Vous n'êtes qu'un être atroce qui ne mérite pas de passer à côté de la justice.

Sachez que cinq secondes peuvent suffire à gâcher une vie entière : je vous demande d'imaginer maintenant le fardeau que portent pour longtemps toutes ces petites filles qui vous subissent à l'école pendant une année entière.

Aujourd'hui, cinq ans après cette année passée plus qu'à « vos côtés », je survis au beau milieu d'un véritable cauchemar. L'ombre de vos mains traîne encore sur mon corps meurtri : l'enfant n'a pas oublié.

Je suis hantée jour et nuit par ces affreux souvenirs. Je crains la solitude et l'obscurité, j'appréhende d'être confrontée à un espace peu fréquenté, par crainte d'être face à vous sans témoins. Vous habitez à quelques rues de chez moi : passer devant votre maison me tétanise. J'ai toujours peur de vous.

Dormir seule est devenu impossible. Je dors avec des sous-vêtements serrants et un gros coussin collé contre mon ventre et mes parties intimes, comme un bouclier. M'en passer serait une véritable torture.

Je suis complètement bloquée face à un appareil photo : vous nous avez tellement mitraillées que laisser saisir mon image me dérange profondément.

Je me contrains à perdre de la masse corporelle, car toucher « le mou » de mon ventre était devenu insupportable (j'étais pourtant déjà très mince). Cela me rappelait le contact si désagréable avec votre corps d'une centaine de kilos, lorsque vous colliez votre ventre sur le mien. Certains disent que je me prive de nourriture, mais c'est faux : je tente de me priver... de vous. D'une certaine manière, je vous repousse de toutes mes forces, comme j'aurais tant voulu le faire cette année-là.

J'ai conscience que ma vie est en péril, mais je ne vis plus : je survis. Malgré tout, je n'ai pas raté ma vie : je vous plains d'avoir raté la vôtre.

Déjà à l'époque, je voyais clair dans votre jeu pervers et j'étais comme le témoin impuissant d'une situation que je ne comprenais pas et que je ne pouvais pas maîtriser non plus. Je ne savais d'ailleurs pas très bien si j'étais victime ou plutôt anormale, puisque je n'étais pas comme les autres en admiration devant cet individu jovial, respectable et idolâtré que vous incarniez si bien !

Voir l'indifférence de mes camarades, plutôt amusées face à l'anormalité de la situation, me torturait (les parents confient leurs enfants à l'instituteur – qui a une excellente réputation de pédagogue ! – donc, en tant que naïve progéniture, il n'y a pas de questions à se poser !). Vous saviez si bien tirer profit de votre statut : traître professionnel.

Je ne riais pas de vos bêtises et ne trouvais pas normal que vous vous infantilisez et que vous jouiez au gamin, tout en préservant votre pouvoir et votre domination sur nous !

Je trouvais bizarre et malsaine l'ambiance feutrée (pantoufles obligatoires, photos de vos élèves envahissant les murs, etc.) que vous entreteniez dans la classe. D'ailleurs, j'avais le sentiment que vous viviez dans votre classe : vous la quittiez très tard pour la retrouver très tôt le matin. Il était évident que votre classe était toute votre vie, je n'ai pas été surprise d'apprendre que vous étiez célibataire !

Je me levais chaque matin avec une peur bleue d'aller à l'école. Il fallait que je raidisse mon corps pour ne pas subir le vôtre, vos mains, vos humiliations. J'aurais voulu vous fuir, mais nous étions enfermées dans cette maudite classe. Je ne pouvais que tenter de vous éviter.

Vous deviez me sentir sur la défensive, contrairement aux autres. C'est peut-être la raison pour laquelle vous m'avez abaissée au rang d'idiote « avec un cul ». Vous avez abusé de moi, physiquement, mais aussi intellectuellement. J'étais bonne élève, mais vous avez réussi à me faire croire, par vos réflexions incessantes, que j'étais une imbécile.

De ce fait, je me renfermais sur moi-même, tellement vous m'intimidiez et me faisiez peur. Vous me renvoyiez une image négative de moi : je n'étais pas à la hauteur de vos attentes.

Si vous saviez à quel point j'ai été rassurée d'apprendre, trois ans plus tard, que j'étais intellectuellement précocée ! C'était la première fois que je pouvais me prouver que vous étiez injuste (d'ailleurs, je tiens à vous dire que j'ai sauté ma 3^e, je suis actuellement en 1^{re} et j'ai beaucoup d'ambition concernant mon avenir professionnel !).

Malheureusement, ce n'était rien par rapport au reste... Si je devais faire une liste de tout ce que vous avez fait de dégradant et obscène, elle serait d'une longueur absolument effrayante (d'autant plus que je n'ai pas TOUT vu).

Que ce soient les cassettes vidéos d'enfants nus (qui n'étaient sûrement pas de « simples documentaires ») ou les dessins de nos corps que vous nous demandiez de faire lors de vos pseudos cours de sciences naturelles ; en passant par vos subtiles intrusions dans les vestiaires (comme par hasard au moment où toutes les filles se déshabillaient pour se doucher !) ou encore dans nos culottes. Tous ces souvenirs me rongent, c'est insupportable, insoutenable.

Vous entreteniez un jeu de séduction permanent, que ce soit avec nous, nos parents, vos collègues. Votre assurance, (qui vous servait si bien de masque !) semblait tromper, envoûter votre entourage. Je me souviens de tous ces projets pédagogiques ambitieux qui vous mettaient au-devant de la scène (même les médias vous ont fait leurs éloges !).

Il y avait un personnage public (l'homme respectable et réputé qui faisait figure d'enseignant « idéal »), et un personnage privé (celui qui abusait de ses élèves de manière infâme).

Je ne savais pas que mes parents (et beaucoup d'autres !) avaient eu connaissance de certaines rumeurs concernant votre perversité, et étaient vainement à l'affût de vos éventuels « écarts » : ils ne pouvaient, bien sûr, rien voir. Alors je n'ai pas osé (par honte) leur parler de mon mal-être vis-à-vis de vous. Je craignais qu'ils ne me croient pas, tant vous œuvriez pour redorer sans cesse votre image publique.

Je m'imposais de supporter en silence ce que je percevais, car j'avais peur de vos représailles si je dévoilais ce que vous cultiviez comme un secret entre vous et nous.

Vous avez abusé de nos corps, de notre naïveté d'enfants. Mais je vous comprends : qu'y a-t-il de plus beau que cette naïveté ?

Vous nous avez imposé vos pulsions capricieuses et dominatrices. Pourtant, nous n'y étions ni consentants, ni même prêts mentalement (eh oui, l'enfant évolue progressivement !).

Nous avons vu des images (scènes d'amour d'un film historique repassées au ralenti, par exemple) et vécu des choses choquantes non seulement pour notre âge, mais aussi parce que cela n'a rien à faire dans le cadre scolaire !

À vrai dire, je suis persuadée que vous jouissez (et quel terme !) de la souffrance des autres ; sinon pourquoi avoir choisi ce métier si « confortable », vous permettant ainsi d'assouvir vos pulsions abjectes ?

Je sais que vous projetez de passer votre retraite imminente au Sénégal : je n'ose même pas imaginer ce qui pourrait s'y passer. Si vous osez faire une chose pareille, je ne pourrais pas le supporter. Je pense qu'une personne sensée (ayant votre orientation sexuelle) se serait prise en charge en allant se faire soigner (d'urgence !) ; et, en attendant de retrouver des désirs « normaux », aurait tenté à tout prix de s'éloigner de l'objet de ses fantasmes.

Bien sûr, Monsieur, vous qui êtes un infâme pervers, vous n'avez pas pensé à cela. Par honte ? Croyez-moi, votre honte sera bien pire lorsque la justice se rendra compte de tout ce que vous avez fait (en plus de 30 ans de carrière). La solution de facilité que vous avez choisie finira par vous rendre la vie impossible : j'ose vous l'assurer.

Vous auriez pu agir autrement. Il y avait des solutions à saisir dès le début. Attendre tant d'années, c'est odieux.

Vous avez pourri tant d'enfances, de corps, d'egos, de vies. Nous n'étions pas de simples objets. Avec vous, nous subissions la vie comme de véritables prisonniers.

Les souvenirs de prison ne sont jamais agréables : ils sont mêmes indélébiles. C'est pourquoi j'ai choisi de porter plainte devant la police.

J'espère qu'un jour ou l'autre, face à la justice, vous devrez assumer totalement vos actes (et leurs conséquences, bien sûr !), et prendre conscience que vos faits et gestes sont terribles. J'ai besoin de ces perspectives pour envisager sereinement ma vie de future femme, car à cause de vous, je suis en train de m'éteindre et ça me fait très peur.

Aujourd'hui, je suis désespérée, mais pas suicidaire, parce que je crois en l'adulte que je peux devenir. J'ai envie de remonter la pente par moi-même pour retrouver confiance en moi : malheureusement, ça m'est encore inaccessible.

Si j'ai tant envie de m'en sortir, c'est parce que je voudrais consoler l'enfant que j'étais à l'époque. Je m'impose cette responsabilité pour lui prouver que plus jamais je ne me laisserai dominer ou manipuler.

J'aime l'enfant que j'étais. Je n'aime pas l'adolescente que je suis. J'aime l'idée que je me fais de la femme que j'espère devenir, si j'arrive enfin à vous sortir de ma vie. »

Lettre n° 2

« Perrine,

Ta lettre m'a beaucoup surpris : comment oses-tu dire des choses pareilles après tout ce que j'ai fait pour vous ?

J'espère que tu ne t'amuses pas à répandre ces idioties, tu ferais mieux de te trouver de meilleures occupations. »

Lettre n° 3

« Perrine,

Je ne sais que répondre à tout ce que tu m'as dit dans ta lettre, car toutes ces vérités en quelques pages me font penser au désastre de ma vie tout entière.

N'oublie pas que je suis un être humain, et que mes sentiments ont été et sont toujours très difficiles à gérer. Tout cela est très dur à accepter (car tu peux dire que je suis vicieux, pervers ou encore obscène), mais j'ai décidé d'aller me faire soigner.

J'ai entendu parler de centres spécialisés qui, je l'espère de tout cœur, pourront m'aider, même si cela ne sera certainement pas évident.

C'est ta lettre qui m'a convaincu, et je pense aussi qu'il est important pour toi (et toutes les autres) que j'aille m'expliquer devant la justice : je reconnaitrai et tenterai d'assumer mes actes.

J'ai aussi pensé profiter de ma retraite pour m'éloigner définitivement des enfants (en parallèle à une thérapie).

J'ai bien conscience que tu ne pourras jamais me pardonner, mais j'espère vraiment que tu réussiras à faire ce que tu veux de ta vie : sache que je n'ai jamais pensé que tu étais médiocre.

Je pense sincèrement que tu réussiras à n'avoir aucun regret, parce que tu as cette force de caractère qui te permettra de réaliser tes rêves et de t'épanouir, une fois toutes ces épreuves passées. »

Lettre n° 1 adressée au camarade de classe qui s'est livré à des attouchements

« N...,

J'ai décidé de t'écrire cette lettre pour te faire part de toute la souffrance que tu as provoquée chez moi.

Je sais que beaucoup de gens (des adultes) ont tenté de t'expliquer que ton attitude était inacceptable, mais les « victimes » n'ont jamais pu te parler face à face, à cause de ton agressivité constante.

Tu as été tellement vulgaire et violent avec nous, (tes « camarades féminines ») que j'ai été obligée de témoigner devant la Police.

Cela ne m'a pas été très agréable, mais je pense que c'était la moindre des choses à faire ; tout d'abord, pour te rendre service, mais aussi parce que je ressentais une grande responsabilité envers toutes les filles qui auraient pu croiser ton chemin après moi.

Je me souviens que tu me (nous) brutalisais de telle manière que j'étais prise de panique du matin au soir.

Ta libido débordante a causé tellement de dégâts pour l'adolescente que j'étais à l'époque !! J'avais si peur de toi, et le fait que tu sois présent tout au long de la journée, prêt à me sauter dessus, générait chez moi (nous) une angoisse immense. De plus, ton obésité avantagait ta force face à nous : tu représentais un terrible danger.

J'avais conscience que ton problème était très sérieux (j'ai d'ailleurs toujours pensé qu'un psy pourrait t'être d'un grand secours), mais que faire lorsque tu m'immobilisais le corps contre un mur pour tenter de m'embrasser ou de me déshabiller ?

Que faire lorsque tu piétinais le corps et la tête de l'une de nos camarades, avec une extrême cruauté, et que tu voulais la passer par-dessus la rambarde de sécurité du premier étage de l'établissement (sous prétexte qu'elle avait ri, et que tu avais cru que c'était une moquerie contre toi !!) ?

J'ai cru que tu allais la tuer, j'ai eu si peur pour elle !!

Je me souviens même que tu retirais tes sous-vêtements pendant certains cours (ceux où tu avais la « chance » de t'asseoir au fond de la salle), tu t'exhibais ainsi avec une telle fierté que j'en tremblais.

Tu me (nous) traitais sans cesse de divers noms obscènes, tu faisais des réflexions dégradantes à propos de nos corps (que tu ne te privais pas de toucher à la moindre occasion). J'avais l'impression que tu me voyais comme une prostituée, tu étais irrespectueux à tel point que je ne me respecte plus moi-même.

Aujourd'hui, les souvenirs de ton corps collé, frotté tout entier contre le mien m'obsèdent. Je n'arrive toujours pas à me débarrasser de ces affreux souvenirs, cela m'empêche réellement de vivre : ton corps m'oblige à survivre.

J'espère que tu as enfin réussi à ouvrir les yeux sur tout ce que tu as fait, et que tu réussis à te prendre un minimum en charge (du moins j'espère que ton entourage t'y aide...).

Perrine. »

Lettre n° 2

« Pas de réponse (à cause de son immaturité, qui lui fait manquer de lucidité et de prise de responsabilité. Je pense notamment qu'il n'a pas été pris en charge, car ses parents sont totalement inconséquents et irresponsables. Toute la famille est révoltée contre la société). »

Lettre n° 3

« Perrine,

En réponse à ta lettre, je voulais te dire que je suis suivi par un psy depuis un an et demi. Cela m'aide beaucoup et je réalise aujourd'hui à quel point mon entourage (ma famille, mes camarades, et même moi !) était malheureux.

Je sais que des excuses seraient inutiles, mais sache que ton témoignage à la Police m'a été très utile, car ça m'a fait prendre conscience (et à ma famille aussi d'ailleurs !) qu'il était grand temps de réagir... »

Lettre à Perrine

Je demande à Perrine de s'adresser une lettre à elle-même, afin qu'elle s'apporte réconfort, consolation et soutien.

« Ma très chère Perrine,

J'aimerais t'offrir cette lettre qui, je l'espère, sera toujours près de toi pour te rassurer et sécher tes larmes.

Tu as vécu beaucoup de choses terribles malgré ton jeune âge, mais sache que je suis de tout cœur avec toi.

Tu es une enfant merveilleusement généreuse et gentille, et la souffrance que tu endures actuellement est profondément injuste. N'oublie jamais ceci : la situation que ce salaud te fait vivre est plus qu'anormale ; et j'irai jusqu'au bout pour que justice soit faite.

Je sais que tu as très peur à cause de lui, mais je t'en prie : fais-moi confiance en ce qui concerne l'avenir. Cet avenir sera bon et paisible.

Je te promets que plus personne ne te manipulera : tu trouveras la force de dire NON à toutes ces horreurs que l'on t'a imposées, ainsi qu'à tout ce qui te paraîtra injuste tout au long de ta vie future.

Je te garantis que je ferai tout pour que tu sois tout simplement heureuse et épanouie.

Je me battrais pour cela de toutes mes forces.

Une dernière chose : je t'aime très fort.

Perrine. »

Laura et son demi-frère

Laura est une jeune femme de 30 ans, mère d'un enfant, qui vit en couple. Son mal-être chronique et les troubles polymorphes qu'elle décrit orientent d'emblée vers la recherche d'un abus sexuel qui se révèle avoir été répétitif, échelonné sur plusieurs années, par son demi-frère.

Lettre n° 1

« J.-M.,

Je rassemble enfin toutes mes forces pour t'écrire.

Tant d'années passées à me taire, à essayer d'agir comme s'il ne s'était jamais rien passé. Et parfois, jusqu'à il y a quelques années, lors de réunions de « famille », à me trouver à tes côtés dans cette angoisse insoutenable qui me faisait fuir ton regard.

Le moment est venu pour moi de te dire enfin clairement, précisément, tout ce qui m'a poussé à te fuir depuis quelque temps ou plutôt depuis mes 9 ans.

Au fond de moi, je sais que tu n'as pas oublié. Mais il faut que je te rafraîchisse la mémoire.

Je ne saurais sûrement jamais si tu m'as aimé au point de ne plus percevoir cette limite indispensable qui sépare les frères et les sœurs, ou si tu m'as haï à un point tel que ton seul désir était de me pourrir la vie.

Toi seul le sais.

Mais la question que je me pose est : Kathlyne, ton autre demi-sœur, a-t-elle réellement vécu la même chose que moi, comme tu me l'avouais à l'époque ?

Je suppose que oui, je n'en serais jamais sûre.

J'avais 9 ans lorsque tu as commencé à abuser de moi.

Souviens-toi...

Ça se passait tous les mardis soir, tous les mercredis après-midi pendant les cours de piano de mamie, et tous les samedis soir chez Anicet (notre père).

Souviens-toi...

Lorsque chaque mardi soir, alors qu'on nous faisait dormir dans la même chambre, tu t'asseyais au bord de ton lit, tu me disais de mettre « ton truc » dans ma bouche en me disant : « c'est comme quand tu sucés ton pouce ».

Comme c'était horrible !!

Ça n'avait évidemment rien à voir avec mon pouce. Et quand j'essayais de refuser, tu allais dans la cuisine pour prendre le sirop de grenadine et t'en mettre dessus parce que ça sentait mauvais ! Et puis, les fois où tu me demandais de te rejoindre dans ton lit. Où tu mettais ta main dans mon sexe. Je ne comprenais pas ce que tu faisais.

Tu croyais peut-être que j'allais y trouver du plaisir, je peux te dire que je ne sentais rien, la douleur mentale était si violente que j'arrivais à me « déconnecter » de mon propre corps. Après ça, je me souviens encore très nettement de ce que tu me disais : « Quand tu seras retournée chez ta mère, que tu seras toute seule le soir dans ton lit, tous les soirs, je veux que tu penses à moi et que tu fasses la même chose avec ta main, ça me fera plaisir ». Je ne l'ai bien sûr jamais fait.

Souviens-toi des mercredis après-midi, pendant que mamie donnait ses leçons de piano et que papi faisait les courses. Lorsque tu m'entraînais dans sa chambre. Et là, contre le mur mitoyen du salon, tu me mettais à quatre pattes sur son lit et tu me sodomisais. Je suppose que la musique classique t'excitait ou était-ce la voix de mamie disputant ses élèves, ou encore ces derniers récitant les notes, mais sais-tu à quel point j'avais HONTE !!!

Souviens-toi... Le samedi soir, quand chaque premier samedi du mois, Anicet regardait le film porno sur Canal + avec Valérie et toi. Et moi, qui étais dans la pièce d'à côté. Il n'y avait pas de mur, pas de porte, simplement un écran de projection qu'Anicet déroulait « pour ne pas que je regarde ». Sauf que, bien sûr, j'entendais tout !!! Avec, en prime, les commentaires du genre « Oh, la salope ! » Je savais bien ce que vous regardiez, malgré mon jeune âge.

Rappelle-toi quand Anicet disait regarder un film « en famille ». Et moi, j'étais quoi ?? Hein ???

Je me souviens encore que je m'empressais d'aller « aux toilettes » en prenant soin de bien tourner le dos à la télé. Mais, bien sûr, tout le monde en riait !! Que c'était drôle ! Mais le plus drôle, sûrement, pour toi, était de reproduire une fois seul avec moi, le contenu de ton excitation, de te satisfaire sur moi. En plus, pour mon malheur, tu n'attendais même pas chaque 1^{er} samedi du mois, NON ! J'avais droit à ma torture hebdomadaire ! ! !

Souviens-toi... Des matelas en mousse sur lesquels nous dormions. Tu venais dans mon lit. Tu te mettais debout sur tes genoux, tu mettais mes jambes sur tes épaules, et tu frottais « ton truc » sur mon entrejambes. Mais OUI, je suis sûre que tu t'en souviens très bien !

Ce qui m'a délivré ? Tu dois t'en souvenir aussi. J'avais 12 ans et demi quand j'ai eu mes règles. J'avais appris récemment qu'une fille qui a ses règles peut tomber enceinte.

Bien sûr, tu avais toujours fait « gaffe » ! Je n'avais pas été déflorée. Pour ne pas laisser de traces, j'imagine. Et il est encore très vif le souvenir du jour où j'ai enfin eu la force de dire NON !

Je venais d'arriver chez mamie comme tous les samedis. Tu as commencé, comme de coutume, à te faire oppressant et à me demander de venir plus près de toi. Sauf que ce jour-là, j'étais ENFIN décidée à faire cesser cette roue infernale ! Je ne sais pas où j'ai trouvé la force de te repousser. Souviens-toi, je t'ai dit : « Non ! Parce que maintenant j'ai mes règles, et je pourrais avoir des bébés ! » Là, ça t'a refroidi, car tu n'as pas insisté et tu n'as plus jamais, je crois, cherché à recommencer.

J'avais 9 ans quand tout a commencé, toi 16 ans. J'avais 12 ans et demi quand le cauchemar a cessé, toi 19. Trois ans et demi, chaque mardi soir, chaque mercredi après midi, chaque samedi soir. Ça fait combien de viols subis ? Plus de 500, je crois...

UNE SEULE FOIS aurait suffi à me gâcher la vie, tu t'es acharné *plus de 500 fois... !!!*

Et je ne compte pas toutes les autres humiliations que tu me faisais subir. Par exemple, souviens-toi, quand encore à 9 ans je suçais mon pouce. Pour m'en empêcher, tu m'as mis un rouleau de Sopalin autour du bras pour m'empêcher de le plier. Tu m'as

même menacée de fabriquer un rouleau en acier pendant tes cours au lycée.

Enfin, tu as trouvé un moyen radical pour que j'en sois dégoûtée : *la fellation !*

N'oublie pas non plus avec quelle finesse tu t'es penché sur le sort de mes pauvres orteils. Tu trouvais les pieds grecs si affreux et tu m'appelais « E.T. ». Et j'ai passé mon temps à me les tordre si bien qu'aujourd'hui ils sont réellement tordus et que je n'ose plus les montrer, c'est trop la honte ! Était-ce si nécessaire ?

Je voudrais à mon tour te pourrir ta petite vie, mais je n'en ai plus les moyens légaux, car c'est aujourd'hui trop tard. Il y a prescription. Tu as décidément trop de chance.

Pourtant, un jour, tu m'as provoquée. Je revenais de mes vacances « maternelles », c'était la fin de l'été. J'avais 15 ans et je venais de rencontrer Bernard. C'était le premier garçon qui m'aimait vraiment, et j'avais couché avec lui. Anicet m'avait dit que je pouvais tout lui raconter, tout, et naïvement, je lui en ai parlé. C'était un dimanche, souviens-toi.

Et comme chaque dimanche midi, c'était déjeuner « en famille ». Anicet, toi, mamie, papi, et moi. Putain de dimanche !!! Tout le monde a été au courant sur-le-champ ! Et toutes ces insultes que j'ai dû endurer. Souviens-toi. J'étais une salope, on ne pourrait jamais rien « faire » de moi ! Il ne fallait surtout pas que j'en parle à mes copines du collège, car tout le monde allait me montrer du doigt !!!

Anicet ne m'a pas adressé la parole pendant tout ce temps, toi non plus...

Il fallait, disait papi, me trouver un homme, un vrai, qui me battrait, pour m'apprendre la vie !!!

Plus tard, Anicet n'a ouvert la bouche que pour me dire qu'il allait me marier à Bruno le plus vite possible. J'ai dû le supplier pour qu'il ne le fasse pas.

C'est à ce moment que tu as dit : « De toute façon, maintenant, j'irais la chercher tous les soirs au collège, et si jamais je le vois dans la rue, je lui éclate la tête ! »

Rappelle-toi comme ça m'a mise hors de moi. Comment, pour la première fois, je t'ai hurlé dessus !! Après tout ce que tu m'avais fait ! Tu ne manquais pas de culot ! Je suis sûre que tu te souviens

que je leur ai tout raconté. Personne ne parlait plus, sauf André qui s'est levé en disant : « bon, allez, on rentre ! »

Quelle horreur !!! Tu ne t'es même pas excusé, rien. Le lendemain, j'ai essayé d'en reparler avec mamie, mais que m'a-t-elle répondu ? « Enfin, tu étais consentante ! » La discussion était close...

Et toi, tu t'en sortais indemne ! Mais comment tout cela était-ce possible ? Hein ??

En devenant adolescente, je ne supportais tellement pas mon corps, surtout mon sexe, que je passais mon temps dans le bain. Ce qui m'a valu d'attraper des infections chroniques et des cystites à répétitions. Ça me démangeait tellement horriblement que je me suis mutilé le sexe à tirer dessus jusqu'à en saigner ! Et résultat, aujourd'hui, je ne pense plus qu'à me faire opérer pour effacer les cicatrices.

Construire ma vie de femme s'avère un casse-tête, je suis en conflit avec tous les hommes. Tu m'as volé ma vie. J'aime aujourd'hui un homme depuis presque deux ans. Je ne sais pas le lui montrer. Et je reste persuadée qu'on ne peut pas m'aimer véritablement. De n'être qu'un objet sexuel pour les hommes.

Les caresses me font mal. Mon ami ne sait plus comment s'y prendre, je suis incapable d'avoir un orgasme avec un homme, et impossible de l'aider.

Tu es trop macho pour comprendre ce que je te dis, mais sache qu'il est naturel pour un couple, je le sais maintenant, que les deux aient du plaisir. Pas seulement l'homme. Malheureusement pour moi, encore aujourd'hui, faire l'amour implique soit domination, soit soumission psychologique.

En plus, tu reviens trop souvent dans ma tête, et je n'arrive pas à m'abandonner complètement à l'homme que j'aime. Tu m'as atteinte dans tous les domaines. Je fais régulièrement des crises de boulimie. J'ai aujourd'hui 28 ans et, professionnellement, je me cherche encore. L'autorité d'un boss m'est insupportable. Je n'arrive pas à garder un emploi.

Je suis si sensible à tout ce qui m'entoure que les gens les mieux intentionnés diront que je suis « spéciale », les autres diront que je suis folle. Un rien me fait pleurer, positivement ou non.

Je passe continuellement du stade d'excès de confiance en moi, ce qui me vaut de passer pour une « prétentieuse », au stade de manque

total de confiance en moi, ce qui a pour effet de m'ôter le goût de tout, et il m'arrive de m'enfermer chez moi un jour entier ou deux à ne rien faire, sans me laver.

Je n'ai évidemment que peu d'amis, et, pour couronner le tout, je ne vais jamais au bout de ce que j'entreprends.

Ça fait à peu près 2 ans et demi que tu as eu ton accident de moto. Tu as bien failli y rester. Tout le monde a pu constater mon affolement. C'est vrai, je suis venue te voir trois jours de suite. Je veux aujourd'hui que tu saches la vérité.

Le premier jour, tu étais sous morphine, et je suis venue aussi vite que j'ai pu. Lorsque je suis arrivée, Sylvie, ta copine, était dans le couloir et s'est empressée de me rassurer. J'ai fondu en larmes. Je ne pouvais pas croire que tu t'en étais sorti. Elle n'a pas compris pourquoi, personne d'ailleurs. Il m'a fallu trois jours pour réaliser que tu vivrais encore, sans ta rate certes, mais tu vivrais encore.

Depuis, tu es devenu papa. Je ne l'ai appris que bien trop tard. Tu ne sais pas à quel point je tremble pour cet enfant.

L'autre jour, quand on s'est croisés dans ma rue, c'est comme si le ciel m'était tombé sur la tête. Malheureusement, tu étais avec ton collègue, et moi avec Lilly. Et, une fois de plus, j'ai agi avec faiblesse. Je n'arrive toujours pas à croire que j'ai pu te féliciter d'avoir eu un enfant. Quelle idiote !!!!

Ce jour-là, tu as eu beau te confondre en excuses, je ne sais pas si c'était le fait de passer dans ma rue (à cause de ton nouveau job) ou si c'était en rapport avec ce que tu m'as fait endurer. En tout cas, notre brève entrevue a été décisive pour moi.

Malgré toutes les pressions que je reçois de la « famille », papi qui essaie régulièrement d'acheter mon silence, malgré le fait que j'ai peur de laisser ma fille orpheline à cause d'une famille à tendance mafieuse, je suis aujourd'hui résolue à ne plus me laisser faire.

On m'a appris une phrase un jour : « tout finit toujours par se savoir ». Je vais m'y appliquer.

Laura »

Lettre n° 2 (n'est pas rédigée totalement)

« Malheureusement, j'ai beau retourner la question dans tous les sens, je n'arrive pas à imaginer une réponse claire de la part de mon frère.

Je pense qu'il aurait très peur que son entourage l'apprenne. Dans un premier temps, je pense qu'il ne me répondrait pas. Si tout de même il me répondait, je pense que ce serait :

« Laura

Je m'excuse pour tout ce que je t'ai fait. C'est vrai, je n'aurais pas dû.

Mais c'était plus fort que moi. Je te demande pardon.

J.-M. » »

Lettre n° 3 (réponse souhaitée de J.-M. à Laura)

« Laura,

Je viens de recevoir ta lettre. Je me sens terriblement honteux. Tu m'as ouvert les yeux. Je comprends aujourd'hui que ce que j'ai fait est très grave. Je t'ai violée.

J'aimerais aujourd'hui réparer le passé. Mais comment ? Dis-moi seulement ce que tu attends de moi et je m'exécute. Si tu veux que l'on en reparle devant toute la famille, je suis d'accord.

Je te promets de consulter un spécialiste dans les meilleurs délais.

Ne crains rien pour mon fils, je te donne ma parole que je n'abusserai jamais de lui.

Je te demande mille fois pardon.

J.-M. »

Dans le cadre de la thérapie, je prépare Laura à cette confrontation. Elle subit des intimidations violentes de la part du père et du grand-père qui la menacent de mort et de l'expulser de l'appartement où elle réside qui appartient au grand-père. J'ai plusieurs entretiens téléphoniques avec elle pour la rassurer et l'aider à résister à ce chantage. Je l'assure qu'un système de protection peut être mis en place et m'engage à faire connaître les menaces de mort qu'elle subit. Courageusement, Laura fait face et passe un contrat avec son demi-frère avant la confrontation. En voici la teneur.

« Le 9 février 2004,

Lors de notre conversation téléphonique du 27 janvier 2004, il a été convenu ce qui suit :

À partir de la réception de cette lettre, M. J.-M. et moi-même devons avoir, d'ici une semaine ou deux, un rendez-vous pendant lequel je pourrai relater le détail des viols et abus sexuels dont j'ai dû souffrir pendant trois ans et demi.

Seront présents lors de cette confrontation, le coupable, M. J.-M., d'une part, et, d'autre part la victime, en l'occurrence moi-même, Laura, ainsi que M.B., *indispensable* soutien psychologique.

Les trois personnes précédemment nommées seront installées autour de la même table.

M. J.-M. s'engage à me laisser la parole jusqu'au bout de ma déclaration. Suite à quoi, je demanderai à ce dernier de répondre avec la plus grande honnêteté et s'excuser sincèrement pour les actes commis.

Je demande également à M. J.-M. d'ajouter à ses excuses une réparation. Cette réparation sera le remboursement de la thérapie psychologique de mon choix, indispensable compte tenu des faits.

Le tarif à la séance s'élève à environ 100/120 euros, et n'excédera pas une dizaine de séances. Les remboursements s'effectueront à intervalle de quinze jours suivant le rythme des séances. Les paiements se feront exclusivement de la part de M. J.-M. et en son nom propre.

De mon côté, je m'engage à lui fournir les photocopies (ou factures) de toutes les séances, ainsi qu'à le tenir informé de la fin du traitement dès que cela sera le cas.

Je m'engage, par ailleurs, à ne pas porter plainte, ni à le poursuivre en justice.

Cependant, dans l'éventualité où tout ce qui a été écrit précédemment ne serait pas respecté, cette lettre serait alors à considérer comme nulle.

Laura »

Quelques jours après, Laura adresse un message électronique à son thérapeute :

« ---- Original Message ----

From : Laura

To : Dr Victor Simon

Sent : Saturday, February 21, 2004 8:35 PM

Subject : confrontation

Bonsoir cher Docteur,

Enfin ça y est ! Tout s'est bien passé ! Je me suis sentie dans un état second lors de ma lecture. Je suis restée tout à fait calme, maîtresse de la situation, et très concentrée.

Mon demi-frère s'est excusé, très sincèrement, s'en est allé en pleurs.

Voilà donc la chose faite.

Je téléphonerai à votre cabinet la semaine prochaine, car j'ai grande hâte d'avancer.

J'espère que vous allez bien.

Amicalement,

Laura. »

Étonnante Laura, je dois vous dire, que comme les autres victimes, vous avez été remarquable. Comme toutes et tous, vous avez réussi à faire ce travail sans haine, malgré la violence que vous vous faisiez en allant affronter votre bourreau, vous l'avez fait avec une justesse, et parfois, je l'ai senti aussi, de l'amour pour cet être qui n'avait rien compris de ce qu'il faisait, prisonnier qu'il était d'une pulsion folle et incontrôlable, parfois même sous l'œil d'un parent abruti de pornographie et d'alcool, quand les drogues dites douces n'y aidaient pas.

Je suis toujours émerveillé, à chaque fois, de la capacité de grandeur que possèdent ces victimes. Mais peut-être est-ce pour cela qu'elles sortent plus facilement de ce statut de victime et passent rapidement au stade de la vie normale et banalement heureuse ?

Bibliographie

- CARDEÑA E., MALDONADO J., VAN DER HART O., SPIEGEL D. (2000), Hypnosis, in E. FOA, T. KEANE, M. FRIEDMAN (eds.), *Effective treatments for PTSD* (p. 407-440), New York, Guilford.
- (2000), Hypnosis, *Journal of Traumatic Stress*, 13, 580-584.
- CARDEÑA E. (2000), Hypnosis in the treatment of trauma : A promising, but not fully supported, efficacious intervention, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48, 221-234.
- DOLAN Y., *Guérir de l'abus sexuel et revivre*, Satas, Bruxelles, 1996.
- GRUYER F., FADIER-NISSE M., SABOURIN P., *La violence impensable*, Paris, Nathan, 1991.
- LOFTUS E., KETCHAM K., *Le syndrome des faux souvenirs*, Paris, Exergue, 1997.
- LOPEZ G., CASANOVA A., *Cesser d'être une victime*, Paris, EDLM, 2001.
- LOPEZ G., SABOURAUD-SEGUIN A., *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod, 1998.
- LOPEZ G., PORTELLI S., CLÉMENT S., *Les droits des victimes*, Paris, Dalloz, 2004.
- SIMON V., *Du bon usage de l'hypnose*, Paris, Robert Laffont, coll. « Réponses », 2000.

Sur Internet

Site de l'Institut de victimologie : www.victimologie.fr

Site de l'Institut de Médecine Psychosomatique et d'Hypnose Clinique : www.hypnose.org

Site du Centre de psychothérapie Pluralis : www.pluralis.org

Adresses utiles

Centres de psychothérapie

Institut de Victimologie. 131, rue de Saussure. 75017 Paris.

Tél. : 01 43 80 44 40.

Centre Pluralis. 29, rue François 1^{er}. 75008 Paris.

Tél. : 01 47 20 60 99.

Institut de Médecine Psychosomatique et d'Hypnose Clinique.

26, Parvis St Michel. 59000 Lille. Tél. : 03-20-57-40-07.

De nombreuses références et adresses en région parisienne et en France sont fournies dans les annexes du livre « Le droit des victimes ».

Associations

Allo Enfance Maltraitée. Tél. : 119 (numéro vert).

Enfance et Partage. 2-4, cité ameublement. 75011 Paris.

Tél. : 01-55-25-65-65.

La Voix de l'Enfant. 39, rue Lourmel. 75015 Paris.

Tél. : 01-45-77-60-75.

SOS Inceste Grenoble. 11, rue Millet. 38000 Grenoble.

Tél. : 04-76-47-90-93.

SOS Inceste Clermont-Ferrand. 2, bd Trudaine. 63000

Clermont-Ferrand.

Tél. : 04-73-92-78-48.

SOS Inceste Nantes. 4, route Ste Luce. 44300 Nantes.

Tél. : 02-40-12-15-12.

SIA (Survivants de l'Inceste Anonymes). 13, rue des Bernardins (4^e étage). 75005 Paris. Réunion tous les vendredis soirs de 19 h 30 à 21 h. Métro Maubert-Mutualité.

Adresse internet : sia-France@ifrance.com

AJC (Association des victimes et de familles de victimes contre la violence). BP 314. 78312 Maurepas CEDEX.

Tél. : 01-30-66-39-09.

Adresse internet : ajc@post.club-internet.fr

INAVEM (Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation). 14, rue Ferrus. 75014 Paris. Tél. : 01-45-88-19-00

Institut de Victimologie. 131, rue de Saussure. 75017 Paris. Tél. : 01-43-80-44-40.

Centre de Thérapie Familiale des Buttes-Chaumont. 31, rue Mouzala. 75019 Paris. Tél. : 01-42-40-03-39.

L'Ange Bleu (association nationale de prévention et d'information contre la pédophilie). 123, rue Lafayette. 75010 Paris. Tél. : 01-53-20-99-20.

Parole d'Enfants (Association de prévention, suivi juridique et soutien psychologique à Marseille pour les enfants victimes). Tél. : 04-91-22-15-52.

Les travaux scientifiques et de recherche

Ils sont signalés dans le texte même du livre : je remercie les différents auteurs et organismes officiels de m'avoir autorisé à en utiliser de larges extraits.


Dr Victor SIMON

Abus sexuel sur mineur

Les abus sexuels sur mineurs (incestes pour une large part) produisent un véritable effet de sidération. L'horreur qu'on ressent devant ces actes abjects, la répugnance à admettre combien ce crime est répandu quand il ne constitue pas, pour beaucoup d'entre nous, un crime de proximité, ne conduisent que trop à se voiler la face. Même si d'anciennes et suspectes tolérances, et l'*omertà* organisée par les institutions les plus fragiles tendent à s'affaiblir face à l'indignation du public, on est encore bien loin du compte.

Loin du compte, malgré les efforts admirables d'individus et d'associations, dans la connaissance de la réalité, dans l'appréciation des indices et des symptômes, dans la prise de responsabilité citoyenne, et dans la prise en charge des victimes.

Le Dr Victor SIMON, Directeur de l'Institut de Médecine Psychosomatique et de l'Enseignement d'Hypnose à l'Université de Paris V-Necker, dresse ici avec force et sensibilité, en citant de poignants témoignages, un véritable tableau d'alerte (vigilance à entretenir, signes cliniques, émotionnels et comportementaux à identifier) complété par une présentation ouverte des divers parcours de soin et de réparation possibles. Et ce tout au long de la vie : les conséquences des abus se manifestent souvent plusieurs années, voire plusieurs décennies après, et confrontés à des troubles divers et récidivants, il faut savoir ne pas passer à côté de l'hypothèse du traumatisme enfoui, mais agissant.

 Ce livre nous fournit l'essentiel des informations et de la méthodologie nécessaires pour combattre un fléau contre lequel il représente aussi et avant tout un cri : ASSEZ !

ISBN : 2-200-26516-6



9 782200 265168



ARMAND COLIN