

Quel dispositif pour parler de l'abus sexuel avec l'enfant ?

Emmanuel de Becker

DANS **CHAMP PSY 2012/1 n° 61**, PAGES 109 À 121

ÉDITIONS **L'ESPRIT DU TEMPS**

ISSN 2260-2100

ISBN 9782847952209

DOI 10.3917/cpsy.061.0109

Date de mise en ligne : 19/07/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-champ-psy-2012-1-page-109?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour L'Esprit du temps.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Quel dispositif pour parler de l'abus sexuel avec l'enfant ?

Emmanuel de Becker

I. INTRODUCTION

Aborder en entretien avec l'enfant¹ sa sexualité, et plus encore quand celle-ci a été transgressive, n'est jamais simple et éveille chez tout professionnel certaines réticences. Celles-ci sont liées à la crainte légitime de ne pas respecter le jeune sujet dans une part de son intimité ainsi qu'aux représentations véhiculées par l'adulte à propos d'un thème source d'émotions diverses. L'évocation sera d'autant délicate que la sexualité et le corps sexué de l'enfant n'ont pas été respectés par un adulte de son entourage. Le vol de son innocence émeut d'autant que l'on attribue à ces aspects une valeur de sacré. Or, l'homme conserve en lui un irrésistible besoin d'une part de mystère et de lieu sacralisé qu'il y a lieu de préserver.

À la suite des travaux de Ferenczi (1932), parler avec l'enfant de la transgression dépasse le simple niveau de la réalité vécue ; les niveaux imaginaire et symbolique doivent être pris en considération, tant les confusions sont multiples dans l'abus sexuel intra-familial², par le thérapeute soucieux d'estimer la portée traumatique globale de l'événement transgressif.

L'article fait état des réflexions sur la parole échangée entre l'enfant victime, les membres de son entourage et le(s) clini-

1. Par « enfant », il faut entendre les mineurs d'âge, c'est-à-dire les individus âgés de moins de 18 ans.

2. Dans le cadre de cet article, nous utiliserons indifféremment le terme générique d'abus sexuel intra-familial, tout en soulignant que l'inceste en définit une situation spécifique. Nous n'aborderons que les situations où l'enfant est en position de victime, en sachant qu'il peut également être l'auteur d'actes sexuels transgressifs.

Emmanuel de BECKER – Psychiatre infanto-juvénile, Université Catholique de Louvain.

Champ Psy, 2012, n° 61, 109-121.

icien(s) chargé(s) de les rencontrer. Si l'importance accordée à la parole est conçue dans une intention thérapeutique, elle n'en comporte pas moins certains écueils. C'est à partir de l'expérience d'une équipe multidisciplinaire chargée d'évaluer et de traiter les situations de maltraitance d'enfants que le thème sera développé (Hayez J-Y., De Becker E., 1997).

II. CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

En Belgique, existent depuis trente ans des équipes composées d'assistants sociaux, de psychologues, de juristes et de médecins (pédiatre et pédopsychiatre) chargées d'intervenir auprès des enfants maltraités ou suspectés l'être et de leur famille. Les cliniciens de ces équipes SOS enfants agissent dans un cadre non judiciaire basé sur les notions d'aide et de soins, respectant la confidentialité des rencontres (De Becker E., 2006 et 2008). Ils travaillent ainsi dans la discrétion, respectant l'intimité des vécus des enfants et des familles, veillant à mettre fin à toute forme d'inadéquation envers l'enfant, misant sur les ressources individuelles, familiales et systémiques. L'interpellation des structures judiciaires protectionnelles sera de mise au cas par cas, quand il se révèle impossible d'établir une réelle collaboration, un processus d'aide et de soins et/ou lorsque les risques de récurrence sont non négligeables.

L'équipe travaille en définissant deux grands temps successifs : la phase évaluative suivie du traitement proprement dit. Soulignons que le fait de réaliser un bilan de l'enfant et de son milieu de vie comporte en soi une visée thérapeutique et ne se conçoit pas comme un temps d'arrêt, un temps suspendu d'objectivation délétère à l'enfant et à son entourage. Le diagnostic doit se comprendre comme une estimation de la matérialité des faits qui sont relatés et la compréhension de ceux-ci dans un ancrage contextuel singulier. Il s'agit d'écouter, de recueillir une parole, de chercher à donner du sens, d'évaluer les probables impacts traumatiques, de veiller à mobiliser les ressources vitales pour soutenir une élaboration personnelle et collective. Nous travaillons donc pour recueillir des éléments liés à des faits pour permettre qu'une parole trouve ou retrouve une signification. Comme le soulignent de nombreux auteurs tels Cirillo et Mugnier, nous devons reconnaître les limites de certains systèmes familiaux dans leurs

potentialités de changement, tant les dysfonctionnements, parfois répétés sur plusieurs générations, conduisent à alimenter un processus destructeur étayé par une pulsion mortifère massivement à l'œuvre (Cirillo S., 2006 et Mugnier J-P, 2003). Il arrive donc que, malgré tous les efforts des professionnels, parfois nombreux autour d'une situation, le constat doit être réalisé qu'un enfant ne peut poursuivre son développement dans son milieu de vie familial.

Habituellement, le bilan de l'enfant dans les cas de maltraitance sexuelle part d'une allégation. Celle-ci est tenue par l'enfant et/ou par son entourage. La démarche évaluative consiste en premier lieu à entendre cette parole qui est loin d'être toujours exprimée spontanément par l'enfant. Celui-ci est parfois pris dans un « bain de langage » à son encontre, dont il ne peut aisément se départir. Nous rencontrons ainsi des enfants qui ont (ou auraient) parlé à un familier dénonçant de la sorte l'inadéquation d'un parent à son égard. Ces cas de figure prennent, par exemple, place dans les situations de séparations conflictuelles dans lesquelles un parent fait dire à l'enfant la grave maltraitance dont il est victime de la part de l'autre. Quel que soit l'âge de l'enfant, il peut s'approprier cette parole et « coller » à l'affirmation qu'il répétera autant de fois que nécessaire. Plus il est jeune, plus le risque de confusion entre réalité et imaginaire l'amène à douter voire à se rattacher à une parole forte qui le structure même si c'est au prix du détachement d'un de ses supports identificatoires. Et moins l'enfant est âgé, plus il est malléable dans le sens que sa parole n'est pas sienne quand il énonce l'imaginaire d'un adulte. Le tableau psychiatrique de « trouble psychotique partagé » en constitue une entité extrême. Dans le diagnostic différentiel, nous devons également prendre en compte ce que l'on appelle les « fausses allégations » dans des circonstances où l'enfant est animé de velléités de vengeance, désireux d'abattre un parent ou parfois de s'en protéger. Cette appellation nous semble toutefois inadéquate car, si l'objet de l'allégation n'est pas conforme à la matérialité des faits, l'énonciation existe et doit être considérée à sa juste valeur. Le terme d'allégation « mensongère » ou « non conforme à la réalité vécue » serait plus opportun. Quoiqu'il en soit, dans ces circonstances également, un accompagnement s'avère nécessaire étant donné les multiples enjeux psycho-affectifs qui planent sur l'enfant.

L'entreprise de révélation, qui voit le cheminement de l'émergence d'une parole habituellement balbutiante, est une tentative de l'enfant pour sortir d'un lien d'emprise. L'angoisse, la peur, le manque de confiance en soi, la culpabilité sont autant d'éléments qui perturbent la pensée et, en conséquence, le discours de l'enfant. Comme le rappelle Haesevoets (2003), après les événements et la première révélation, habituellement le récit de l'enfant va s'altérer. Avec le temps, les souvenirs sont enrichis d'informations nouvelles et variées. Les aléas de la mémoire ainsi que les souvenirs qui se reconstruisent continuellement amènent à ce que certains aspects oubliés soient remplacés par des données extérieures aux événements transgressifs. La parole qui, par essence est sélective et refoulante, n'est pas toujours au service du récit. Ainsi que nous l'avons évoqué par ailleurs, les principales caractéristiques du discours de l'enfant sont d'être authentiques et/ou fiables (Hayez, de Becker, 2010). L'analyse de la crédibilité de la parole de l'enfant demeure un axe extrêmement délicat à appréhender. Nous recourrons à des techniques éprouvées comme, par exemple, le SVA (Statement Validity Analysis), méthode d'investigation d'origine nord-américaine, décrite par Van Gijsegem (1991), couramment utilisée par les services de police chargés d'investiguer les situations de maltraitance sexuelle d'enfants, quand ceux-ci sont âgés de plus de six ans. Quoi qu'il en soit, au-delà de tous les efforts pour apprécier la qualité d'un récit, le professionnel doit bien souvent s'éloigner d'un savoir, dans le sens d'une certitude inébranlable, sur la matérialité d'un fait allégué.

Par ailleurs, les notions d'enfants fabulateurs et menteurs sont toujours d'actualité dans les représentations des adultes, qu'ils appartiennent au cercle familial ou à celui des professionnels concernés par l'enfance. La possibilité d'un mensonge de la part d'un enfant préoccupe toujours les intervenants chargés de faire la part des choses et de donner une suite valable à l'allégation. L'enfant peut fabuler ce qui lui permet de s'évader de la réalité comme il peut mentir pour différentes raisons comme celles de souhaiter éviter une sanction, un préjudice, ou à des fins de renforcement narcissique ou à visées agressives et destructrices. Ainsi croire ou ne pas croire l'enfant constitue une question centrale qui anime nombre d'intervenants qu'ils soient judiciaires ou non et qui alimente dilemmes et doutes. Soulignons également que les

jeunes enfants fournissent habituellement moins de précisions et de détails que leurs aînés mais qu'ils possèdent une bonne capacité d'évocation quoiqu'étant plus vulnérables aux suggestions des adultes.

Retenons également que la plupart des études indiquent que l'enfant ment rarement à propos de l'abus sexuel dans les circonstances où le dévoilement a été spontané. C'est ainsi qu'il y a lieu de se pencher soigneusement sur tout ce qui entoure le fait que l'enfant s'est, à un moment précis, confié.

Cette phase diagnostique est réalisée lors de différents types de rencontre de parole. Comme l'abus sexuel intrafamilial ne concerne jamais que les deux seuls protagonistes, l'auteur des faits et sa victime, il est opportun de rencontrer tous les acteurs du système et de contacter, le cas échéant, les personnes de l'entourage directement ou indirectement impliqués. Lors de la rencontre directe de parole, nous proposons à l'enfant un jeu de marionnettes, de maison de figurines, de réaliser un dessin éventuellement co-construit avec le clinicien, approches qui permettent d'aborder ce qu'il a vécu en ouvrant les perspectives imaginaire et symbolique (représentation des membres de la famille sous forme d'animaux, ou sur un bateau...).

Dans cette phase, et plus encore quand il s'agit de questions d'abus sexuel, parler avec l'enfant dans une rencontre d'ordre psycho-social ne nous paraît pas être suffisante. Notre expérience de pluridisciplinarité élargie et intégrative indique la pertinence de permettre à l'enfant de rencontrer un pédiatre qui réalise un examen somatique (De Becker E., à paraître). Ce moment précieux, dans le respect du rythme de l'enfant, constitue une occasion de le soigner, de répondre aux éventuelles interrogations ou craintes que le jeune sujet peut éprouver à l'égard de son corps (maladies, malformations...). L'intention thérapeutique de l'équipe SOS-Enfants gagne en efficacité par la réalisation d'un examen pédiatrique qui vise à ré-humaniser l'enveloppe corporelle éventuellement blessée, à participer à la libération de possibles clivages, refoulements ou mises en actes psychosomatiques de l'enfant. Dans ce contexte où le corps est l'objet central de la rencontre, la parole est facilitée pour aborder d'éventuels aspects que nul autre lieu n'autorise. Il arrive ainsi qu'un enfant, lors de la rencontre avec le pédiatre, évoque certains points laissés jusque-là dans le silence de l'angoisse.

Par ailleurs, il peut s'avérer intéressant de proposer à l'enfant différents médias pour soutenir son énonciation et son élaboration. C'est ainsi que nous recourons à certains tests projectifs, comme le CAT, le TAT ou encore le « Patte Noire », comme « médias facilitateurs ». Le testing sert aussi à éclairer les aspects inconscients liés aux enjeux intergénérationnels, les liens aux imagos parentaux, certainement quand un inceste prend place au sein d'une famille. Pour nous permettre d'appréhender sa structure psychique, l'enfant est invité à passer l'épreuve du Rorschach (Haesevoets YY-H, 2003).

Selon les situations, il peut arriver que nous invitions l'enfant à parler de ce qu'il a subi en utilisant les poupées dites « anatomiques ». Ces poupées (deux adultes et deux enfants), sexuées dans le sens qu'elles sont dotées des caractéristiques génitales masculines et féminines, sont mises en scène avec prudence dans la finalité de soutenir une parole relative à un vécu, en n'omettant point la suggestibilité que ces objets véhiculent.

À la fin du premier temps la prise en charge, se décide l'orientation thérapeutique qui est donnée à la situation de l'enfant et de son entourage. Il est rare qu'aucune indication de traitement ne sanctionne la phase diagnostique, qu'il soit assuré au sein de notre équipe spécialisée ou mené à l'extérieur. Confier un abus sexuel, qu'il s'agisse du reflet de la réalité vécue ou non, quand le bilan de l'enfant infirme l'hypothèse, demande un accompagnement thérapeutique. Être nommé victime d'abus sexuel ou d'inceste par l'entourage et/ou par soi-même laisse des traces dans le psychisme et dans les relations. La parole évoque une effraction de l'enveloppe corporelle et de l'intimité psychique. Le psychisme du sujet blessé peut être empêché dans sa dynamique pendant parfois longtemps après l'arrêt de l'abus. Au-delà de l'abus de pouvoir, la maltraitance consiste en un abus de discours et de pensée qui isole l'enfant, le fragilise et le réduit dans un rôle muet. Nombre d'abus sexuels restent probablement connus des deux seuls protagonistes principaux, à savoir l'auteur des faits et sa victime. Quand il se déroule, le processus de révélation est parfois extrêmement lent.

Ceci étant, les mécanismes de clivage, de refoulement, d'évitement peuvent amener les familiers à poursuivre leur route sans porter attention aux actes qui se produisent pourtant à côté d'eux. Les métamorphoses dans les fonctions de la

parenté complexifient le positionnement de nombreux adultes, comme le décrit Godelier (2004).

En conséquence, l'intention principale du traitement vise à accompagner l'enfant et sa famille dans une patiente démarche de restauration ; en d'autres termes, il s'agit de soutenir l'enfant au cours d'un nécessaire travail de réélaboration de l'événement traumatique, afin de permettre une historisation de la réalité vécue, ceci dans les dimensions diachronique et synchronique. La parole est centrale dans ce travail de longue haleine qui se fait lors d'entretiens individuels couplés à des séances familiales.

III. DISCUSSION

Comme le souligne avec pertinence Eliacheff (2001) à la suite de Dolto (1987), si la démarche semble en soi utile, parler avec l'enfant de l'abus sexuel ne s'improvise pas. D'une manière générale, quel que soit le cadre des rencontres, nous proposons de respecter un canevas qui s'établit sur des temps successifs, susceptible de contribuer à la restauration psychique de la jeune victime. Le premier temps, qui définit la qualité de la suite du processus, consiste à mettre en place une relation de confiance entre l'enfant et le clinicien, et ce dans un cadre d'intervention à clairement définir. Y participent des paramètres subjectifs, intersubjectifs et contextuels. Les compétences dans le chef de l'intervenant s'intriquent à ses capacités de pouvoir apprivoiser un enfant légitimement méfiant à l'égard d'un adulte. Comme dans tout lien thérapeutique, le temps est un facteur essentiel ; se précipiter et précéder l'enfant dans son énonciation, son élaboration, risque de l'amener au blocage voire au mutisme. Le deuxième temps vise à appréhender l'objet central de la rencontre. Pour ce faire, il y a lieu de tenir compte d'au moins trois volets qui interagissent entre eux. Le premier concerne les faits eux-mêmes, leur matérialité, c'est-à-dire la réalité vécue alléguée par l'enfant ; le temps diagnostique doit, dans la mesure du possible, lever le doute en confirmant ou infirmant l'authenticité des événements relatés. Le deuxième volet explore le type de lien entre la jeune victime et l'auteur des faits ; plus la distance émotionnelle entre l'enfant et l'adulte est proche, plus les conséquences seront désastreuses. S'il s'agit d'un parent

proche, l'enfant sera indéniablement traversé par l'angoisse ainsi que par la culpabilité liée au dévoilement et à la crise probable qui lui a succédé. Le troisième volet dont il faut tenir compte touche aux éléments du contexte, à l'éventuelle violence dont l'adulte a fait preuve sur l'enfant ; cette violence prend des formes diverses allant de la brutalité physique à la manipulation conduisant à une réelle distorsion cognitive des repères. Le troisième temps est consacré à l'évaluation des incidences et de l'acte transgressif et de la parole tenue par l'enfant : comment celui-ci adapte-t-il l'éventuel traumatisme ? Son fonctionnement psychique en est-il altéré ? En constate-t-on une traduction symptomatique ? Ces éléments et d'autres étayent le concept largement décrit de résilience. Le quatrième temps permet d'élargir, en fonction de l'état de l'enfant, de son développement, le champ des questionnements au-delà de l'acte abusif. Nous y abordons les notions de culpabilité, de loyauté, de colère, de tristesse, en nous laissant confronter à l'inévitable interrogation du « pourquoi et pourquoi moi ? ». Sont également évoqués les aspects liés à la sexualité en général, aux liens, au discours quel qu'il soit et à ses répercussions. Enfin, le dernier temps consiste à se projeter dans l'avenir, en donnant l'une ou l'autre perspective du futur, en envisageant les retombées à long terme d'une parole exprimée à un moment précis. Par définition, ce canevas sert de repère pour mener à bien le processus d'aide et de soin. Aborder avec l'enfant la transgression subie et alléguée demande une attention des différents paramètres. Il ne s'agit donc pas de parler uniquement de sexualité transgressive mais de considérer l'ensemble d'un contexte singulier qui intègre des individus, leur personnalité, leur histoire et leurs patterns interactionnels (Hayez J-Y. et De Becker E., 2010). Comme l'enfant est en position de dépendance et en attente de bienveillance, il sera sensible aux propos de l'adulte.

L'abus sexuel, certainement quand il n'est pas dévoilé, même après l'arrêt des faits, poursuit son œuvre en rongant le psychisme de la victime. Il hante ses pensées, alimente l'angoisse, atteint son identité et l'isole. Dans les cas d'inceste et d'abus sexuel commis par un familier, l'enfant est intensément bouleversé étant donné que l'adulte sensé le protéger, le chérir et l'accompagner dans son développement a failli à sa mission et s'est mué en prédateur. La violence dont il a fait preuve à l'égard de l'enfant est parfois très subtile et maligne

dans le sens qu'elle instrumentalise le jeune dans son appareil psychique et ses mécanismes de défense au point où il ne peut faire face au dessein sordide de l'abuseur.

La rencontre de parole avec l'enfant réalisée par un professionnel expérimenté vise à aménager le trauma chez l'enfant. Évoquer les faits eux-mêmes en invitant l'enfant à énoncer ce qu'il souhaite, à partir de ses réminiscences, de ses images mentales ou encore du matériel issu de ses rêves d'angoisse, autorisent un apaisement progressif. Tôt ou tard, il va s'interroger sur les raisons qui ont poussé l'auteur des faits à s'en prendre à lui. L'incompréhension taraude l'esprit du jeune sujet. Quand bien même nous nous efforçons de replacer les responsabilités à leur juste place, l'enfant ne peut que s'interroger sur sa propre participation d'autant quand la transgression a été longuement répétée. Son discours traduit alors ses conflits intérieurs : « Y aurais-je trouvé du plaisir ? Pourquoi me suis-je tu si longtemps ? ». Si l'enfant se voit habituellement soulagé par l'évocation de l'abus sexuel dans un lieu professionnel, il constate avec tristesse les conséquences du dévoilement dont il a été l'acteur principal. Nombre d'enfants regrettent et souhaitent même se rétracter, « reprendre leur parole » pour tenter, par pensée magique, de tout effacer. Ici encore, il n'est guère aisé d'aider l'enfant à comprendre que le dévoilement est une étape dans un long processus, une étape libératrice qui passe de manière indéniable par le mal-être de sa personne.

Parler de l'abus sexuel avec un enfant dans un cadre thérapeutique ne signifie pas entendre l'enfant dans une logique de recueil de preuves comme c'est le cas dans une démarche judiciaire. Le clinicien est invité à écouter l'enfant en le soutenant dans son énonciation, dans son récit en prenant garde d'éviter une surenchère ou l'exposition d'éléments périphériques, plus accessoires que l'objet central de la rencontre. L'estimation de cette distinction est évidemment délicate car sont en jeu les subjectivités des deux individus, d'un côté un enfant, qui a le courage et la force de se confier, et de l'autre, un adulte clinicien qui œuvre pour ce qu'il croit être le bien de l'autre.

Parler de la sexualité avec l'enfant victime demande de la part du professionnel une assurance dans ses capacités à entendre les phénomènes transgressifs, une sérénité dans les représentations véhiculées sur le thème, et une capacité, certai-

nement quand il s'agit d'un enfant, à respecter la subjectivité de l'autre, à soutenir son énonciation, à, le cas échéant, le précéder un tant soit peu sans jamais forcer, en tenant compte de son rythme et de ses hésitations. Et ne comblons pas les silences en y apposant nos propres projections auxquelles d'ailleurs certains enfants se rallieront.

Cependant, parler de l'abus sexuel avec l'enfant n'est pas toujours envisageable et comporte des risques ; forcer la parole ou l'entretenir dans le sens d'alimenter le trauma ne peut être compris comme thérapeutique. En effet, le discours n'a pas la même portée pour tous. Ainsi, par exemple, certains enfants ne souhaitent pas aborder la transgression qu'ils ont vécue. Il y a lieu alors d'acter le refus, en respectant et en nommant une limite qui n'est pas celle que le clinicien aurait posée. Rappelons que, dans les familles incestueuses, ce n'est pas l'inceste qui est interdit mais bien le fait d'en parler, de le divulguer. Quand il ose transgresser la loi du silence paternelle (situation d'abus par le père), l'enfant est aussi confronté au discours de la mère, à son positionnement. Il peut ne pas être cru par elle ; l'expérience de désaveu, l'affirmation qu'il ne se passe rien, que l'enfant ment ou présente un trouble mental, constituent les cas de figure les plus dommageables pour celui-ci. S'ensuit une possible rétractation, tentative désespérée de montrer sa loyauté au système d'appartenance, au prix de son propre sacrifice. D'autres cas de figure se rencontrent. Sitôt parlé, l'événement transgressif est « déposé » en un autre lieu. Sans atteindre nécessairement le clivage, cet enfant opte pour une non-élaboration de l'abus, ne souhaitant pas approfondir les affects inhérents à celui-ci et aux enjeux relationnels. Il occulte sans nier les faits, mais s'oppose à l'idée de reprendre ceux-ci lors d'un échange de paroles avec un tiers : « une fois la chose dite, je tourne la page ». D'autres enfants, dotés d'une pulsionnalité forte, privilégient l'agir, dans le sens de la motricité, la mise en acte voire le passage à l'acte, attitudes les rassurant davantage que la pensée et la parole. L'évitement constitue un mécanisme défensif qu'il y a lieu de ne pas contrer ; à vouloir le forcer, il n'est pas impossible de voir apparaître une menace de décompensation. Respecter le sujet consiste à l'accueillir avec ses désirs et ses résistances. On peut également observer que, plus il est jeune plus c'est le cas, l'enfant laisse l'événement traumatique fixé au passé, l'ayant confié au tiers, et

poursuit sa route, son évolution étant relativement indemne des faits réellement vécus. L'action thérapeutique peut alors se situer davantage au niveau de l'entourage, parfois plus gravement traumatisé que la victime elle-même. Il sera alors nécessaire de parler de l'abus en termes de retentissements sur les proches, leurs éventuels traumatismes, qui leur seront propres. Dans cette circonstance où l'enfant, après quelques rencontres, exprime clairement son refus de poursuivre les entretiens ou le fait comprendre, il s'avère pertinent de proposer un rendez-vous ultérieur de mise au point. L'occasion est ainsi donnée soit de confirmer une évolution de l'enfant sans trace traumatique extériorisée soit de se rendre compte de l'intérêt d'engager un réel travail thérapeutique. Il peut arriver que, par exemple, des somatisations ou des signes anxio-dépressifs marquent la nécessité et l'opportunité d'accepter l'aide.

Pour certains enfants, une autre menace les guette ; ils ne parviennent pas à se démarquer de l'événement et ne peuvent dégager d'autres thèmes de rencontre avec le thérapeute que l'abus sexuel lui-même. Le risque réside alors à suivre de trop près la demande de l'enfant. La situation est préoccupante lorsque l'enfant est totalement envahi par la transgression et/ou l'agresseur, son énergie psychique entièrement consacrée à cette tâche au point où l'enfant néglige tous les autres aspects de la vie. Le temps est suspendu. Dans ce cas, le professionnel devra user de toute sa finesse clinique pour aider l'enfant à éviter une « victimisation secondaire ». Le terme est utilisé quand l'enfant est victime d'un enfermement, par les tiers ou par lui-même, de la parole sur les faits transgressifs, soit qu'il est entendu à plusieurs reprises par divers professionnels devant se répéter sans précaution et attention, soit qu'il est enlisé dans sa propre parole entretenant le phénomène traumatique. Enfin, il arrive que la jeune victime, de par sa personnalité et les éléments de son contexte socio-familial, s'enferme dans le déni et le clivage. Ici, le clinicien gagnera à travailler préférentiellement les mécanismes à l'œuvre dans le psychisme de l'enfant, sans se centrer, du moins dans un premier temps, sur les faits transgressifs.

IV. CONCLUSION

Les phases diagnostique et thérapeutique, telles que nous les proposons, visent, en partant de la matérialité des faits allégués et/ou constatés, à qualifier l'état d'un enfant et des membres de son entourage familial, à estimer les éventuelles répercussions de l'inadéquation sur le fonctionnement individuel et relationnel, en vue de proposer le projet de traitement le plus pertinent. Parler avec l'enfant de ce qu'il a subi dans le passé définit son positionnement dans le futur. Pour l'essentiel, au niveau de l'enfant, il s'agit de le soutenir à intégrer psychiquement les événements et leur portée traumatique, dans une histoire singulière, au sein d'un processus de construction identitaire.

Comme le soulignent Barudy (2007) et Berger (2008), parler avec l'enfant et sa famille de la sexualité transgressive constitue une démarche opportune pour aider et soigner dans le temps actuel, et ce dans la finalité de prévenir d'éventuelles souffrances ultérieures. En effet, combien ne rencontrons-nous pas d'adultes en mal-être psychique, relationnel, dont l'origine se situe dans une enfance marquée par l'inadéquation à leur égard, inadéquation restée tue ou ayant été mal accueillie ?! Les diverses conduites addictives, les dépressions chroniques, les multiples manifestations anxieuses représentent quelques illustrations symptomatiques de l'impact hautement probable et d'une transgression vécue et d'une parole manquante à cette rencontre ? Nombre de patients en thérapie évoquent, explicitement ou implicitement, de manière consciente ou non, la transgression dont ils ont été victimes, seulement de très nombreuses années après les faits. Beaucoup refoulent ce qui est de l'ordre de l'impensable et de l'indicible. Ainsi, parler avec l'enfant quand il a eu le courage et la force de dévoiler la maltraitance, pour autant qu'un accompagnement thérapeutique efficace soit mis en place, réalise une réelle mission de prévention sur le plan psychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

- BARUDY J., *De la bienveillance infantile*, Paris, Fabert, 2007.
- BERGER M., *Voulons-nous des enfants barbares ?*, Paris, Dunod, 2008.
- CIRILLO S., *Mauvais parents : comment leur venir en aide ?*, Paris, Fabert, 2006.
- De BECKER E., « Allégations d'abus sexuel : entre mensonge et vérité ? » *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 54, pp. 240-247, 2006.
- De BECKER E., « Transmission, loyauté et maltraitance de l'enfant », *La psychiatrie de l'enfant*, I, 1, pp. 43-72, 2008.
- De BECKER E., « Comment évaluer une allégation de maltraitance d'enfants : un dispositif d'évaluation intégratif », à paraître dans *Annales médico-psychologiques*.
- DOLTO F., *Tout est langage*, Paris, Vertige du Nord-Carrère, 1987.
- ELIACHEFF C., *Vie privée : de l'enfant roi à l'enfant victime*, Paris, Odile Jacob, 2001.
- FERENCZI S. (1932), « La confusion de langues entre les adultes et l'enfant. Le langage de la tendresse et de la passion. Analyse d'enfants avec des adultes en psychanalyse » in *Œuvres complètes*, Tome IV, Paris, Payot, pp. 125-135, 1982.
- GODELIER M., *Métamorphoses de la parenté*, Paris, Fayard, 2004.
- HAESEVOETS Y-H., *Regard pluriel sur la maltraitance des enfants*, Bruxelles, Edition. Kluwer, 2003.
- HAYEZ J-Y., De BECKER E., *La parole de l'enfant en souffrance : accueillir, évaluer et accompagner*, Paris, Dunod, 2010.
- HAYEZ J-Y., DE BECKER E., *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille. Évaluation et traitements*, Paris, PUF, 1997.
- MUGNIER J-P., *Les stratégies de l'indifférence*, Paris, Fabert, 2003.
- VAN GIJSEGHEN H., « Les fausses allégations d'abus sexuel dans les causes de divorce, de garde d'enfants, de droit de visite », in *Revue canadienne de psycho-éducation*, Vol. 20, n°1, pp. 75-91, 1991.