

Les abus sexuels chez l'enfant

The sexual abuse of children

M. Gérard

Centre SOS Enfants-U.L.B., Service Médico-Psychologique, C.H.U. Saint-Pierre

RESUME

L'auteur opère un certain nombre de choix dans un champ de connaissances qui a connu une croissance vertigineuse en vingt ans. Il repère les données générales - historiques, légales, statistiques, etc. - propres à éclairer le corps médical sur le contexte de cette clinique particulière. On sait à quel point le processus de décision risque de dépendre de données largement subjectives. D'un côté, des critères de crédibilité sont à explorer, de l'autre, la représentation que l'on se fait de la prise en charge orientera vers l'action ou vers l'inaction. L'expérience du Centre SOS Enfants-U.L.B. et ses recherches démontrent l'importance de l'attitude maternelle face aux abus et du soutien qui est apporté au parent non abuseur. Cette expérience, rapportée ici succinctement, énonce les clés d'un dialogue réussi avec un enfant présumé victime d'abus sexuels. La place des différentes thérapies est clarifiée. L'importance des groupes de parole est mise en évidence. L'avis des usagers : enfants et adolescents victimes, parents, professionnels, vient en appui des choix délicats qui se posent aux praticiens. En outre, le caractère réfractaire et récidivant des actes sexuels posés sur des enfants ne doit pas faire perdre de vue l'intérêt du traitement, brièvement évoqué, des auteurs, adultes et même adolescents. Une nécessaire coopération multilatérale entre les pôles d'intervention - pédiatrique, psychologique, judiciaire, social, carcéral, etc. - s'est peu à peu imposée. Les équilibres en la matière restent fragiles et complexes. Ils permettent d'espérer que la prévention réduira l'incidence, élevée, des abus sexuels des enfants.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 333-9

ABSTRACT

In the last twenty years, the knowledge in the field of child sexual abuse has grown tremendously. The author has selected a few topics of present interest. These relate to the clinical work and researches of "Centre SOS Enfants-U.L.B., C.H.U. Saint-Pierre". First of all, the general background is recalled and summarized : history, definition, statistics, clinical features. Then the paper goes more specific about the criteria that may orient the practitioner to an actual case of CSA. Credibility is an important issue for subsequent action. In that respect, the interview of a presumably victim child is of the utmost importance. Criteria and common examples are presented. A study that we conducted about the victims, parents and professionals' opinions opens to the discussion of key issues in the management of a case. The central role of the mother's reaction is highlighted. A recent clinical research speaks for a strong psychological and social support of the mother. This opens to the wide subject of therapy. Best appropriated strategies are outlined. The contribution of group therapy is documented. The issue of the treatment of the perpetrators - adults or adolescents - is briefly discussed. It is concluded that CSA confront the practitioners to a complex multilateral approach. The present paper acknowledges their difficulties and provides them with a set of marks that should be part of their tool box in the front line.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 333-9

Key words : child, sexual abuse, interview, credibility, therapy

INTRODUCTION

Nos pays ont découvert, ou plutôt redécouvert peu à peu les formes les plus cachées de mauvais traitement à l'égard des enfants : les abus sexuels. Le mouvement est venu d'outre-Atlantique, à la fin des

années 70 et s'est heurté au départ à une certaine incrédulité, pour ne pas dire à une certaine méfiance. Il semble qu'il ait fallu dans nos sociétés d'abord lutter contre le déni et la méconnaissance de la maltraitance physique, puis de la négligence, pour que les enfants victimes d'abus sexuels puissent se faire entendre et

obtenir une aide.

De forts décalages chronologiques ont été observés entre les divers pays d'Europe dans la prise de conscience du problème et dans la mise en place de moyens de dépistage appropriés. Le premier pas a souvent consisté à lever le voile sur les violences familiales, à en mesurer l'ampleur et la gravité, à informer le public et à former les professionnels. Les situations les plus criantes, celles des jeunes enfants battus, victimes de sévices physiques affligeants, devinrent rapidement détectables. Ce fut le cas en Belgique, sous l'égide de l'ONE au début des années 80.

Dans notre culture, nous avons remarqué que les stratégies de dépistage et d'intervention mises en œuvre dans l'intérêt des enfants ne suscitaient l'adhésion des intervenants qu'à la condition que les objectifs de protection fussent associés à des moyens convaincants pour porter remède aux dysfonctionnements familiaux. D'où l'espoir, excessif, de traiter l'ensemble des cas de maltraitance par des méthodes médico-psycho-sociales, sans avoir recours aux instances judiciaires.

Les violences sexuelles exercées sur des enfants ont un caractère caché et secret. Elles sont dépourvues de signes spectaculaires ou pathognomoniques. Elles concernent, plus encore que d'autres formes de maltraitance, l'ensemble des couches sociales. Les abus sexuels ne se révèlent à des tiers qu'en terrain propice. Pour que l'enfant victime d'abus sexuel ait une chance de faire percevoir ou entendre son malaise, il faut que le contexte social encourage le questionnement et l'investigation dans le domaine des abus et organise une aide authentique à l'enfant qui en est victime. Nous ne pensons pas que les abus sexuels des enfants aient vu leur incidence croître de manière spectaculaire en 20 ans. Pourtant, la recherche-action initiale conduite à l'U.L.B. entre 1979 et 1983 n'identifiait que 2,5 % de cas d'abus sexuels. Il s'agissait le plus souvent de grossesses incestueuses. A présent, nous prenons en charge environ 80 nouveaux cas par an, représentant près de 35 % de l'ensemble des nouveaux dossiers. Que s'est-il donc passé ? Deux facteurs clés sont à l'origine du phénomène : le premier, c'est l'étude du problème, le développement des connaissances et la formation des professionnels ; le second, c'est le souci croissant de la parole de l'enfant et du respect de ses droits. A l'heure où l'on peut légitimement s'inquiéter de possibles excès ou dérives en matière d'accusation d'abus sexuels, il ne faudrait pas connoter négativement la dynamique qui a permis aux enfants abusés d'être entendus et d'être plus rapidement délivrés de leur sort.

TYPOLOGIE ET DEFINITIONS

Un abus sexuel d'un enfant ou d'un adolescent est une forme de maltraitance. Il couvre des faits qui vont de la sollicitation indécente aux attouchements sexuels et aux diverses formes de pénétrations sexuelles, des faits qualifiés pénalement d'attentats à

la pudeur ou de viol. La majorité des abus sexuels se produisent au sein du milieu familial, famille élargie comprise (abus sexuels intra-familiaux). Une frange significative de cas impliquent une personne extérieure au milieu familial (abus sexuels extra-familiaux). Les déterminants de ces deux contextes d'abus sexuels ne se recoupent que partiellement¹.

Parler d'abus sexuels des enfants ou des adolescents, de préférence au terme - ambigu - de "pédophilie" ou au terme - restrictif - de "violence sexuelle", véhicule l'idée que l'enfant est victime de ce qui lui arrive et qu'il n'y a pas de relation sexuelle appropriée entre enfant et adulte. Pour C.H. Kempe², pédiatre pionnier de l'aide aux enfants maltraités, la définition de l'abus sexuel est : "Implication d'enfants et d'adolescents qui sont dépendants et immatures, dans des activités sexuelles dont ils ne comprennent pas pleinement le sens, auxquelles ils ne peuvent librement consentir ou qui violent les tabous sociaux concernant les rôles familiaux". Cette optique fait de l'abus sexuel la transgression par un adulte (ou un aîné) d'un interdit mais aussi un abus de pouvoir.

Il est utile de rappeler que l'immense majorité des abus sexuels :

- sont graduels en fréquence et en intensité ;
- sont marqués du sceau du secret et de la menace ;
- font vivre à la victime la peur, la honte et la culpabilité ;
- sont tus par la victime pendant des années ;
- sont scellés par des manœuvres d'emprise psychologique et perverses par l'abuseur ;
- sont l'objet d'aveuglement et de déni de l'entourage ;
- se produisent souvent sur plusieurs générations ;
- produisent des troubles et des déviances sévères chez les victimes qui sont restées confinées dans le silence.

On voit donc l'intérêt de s'immiscer, aussi préventivement que possible dans le cours d'une relation d'abus, au risque d'une crise du dévoilement chargée de souffrances.

QUELQUES DONNEES CHIFFREES

L'ONE a publié une analyse³ des données statistiques produites par l'ensemble des équipes SOS Enfants de 1988 à 2003. En ce qui concerne les abus sexuels, les signalements par l'entourage familial sont plus fréquents que les signalements par des professionnels. Dans un tiers des cas, c'est la mère qui appelle le Service SOS Enfants.

Les abus sexuels représentent la forme de mauvais traitements la plus signalée aux services SOS Enfants (33 à 35 % des cas) et le diagnostic de maltraitance le plus souvent posé (34 % des cas, contre 15 % pour la maltraitance physique par exemple, ou 11 % pour les négligences lourdes). La grande majorité (plus de 80 %) des cas d'abus sexuels surviennent dans l'entourage familial de l'enfant. La majorité des suspicions sont confirmées, une petite fraction sont formellement infirmées, enfin une incertitude

diagnostique persiste dans une frange significative des cas.

Les enfants et adolescents victimes d'abus sexuels sont des filles, à raison de 70 % des cas. De nombreuses études en Europe ont tenté d'approcher la question de la prévalence des abus sexuels dans l'enfance⁴. La moyenne pour les filles voisinerait les 20 % et pour les garçons les 8 %, mais les définitions généralement retenues sont larges.

Au Centre SOS Enfants-U.L.B.^{*}, sur les 332 cas nouvellement pris en charge en 2003, 111 le furent pour suspicion d'abus sexuels. Un diagnostic d'attouchements a été établi dans 64 cas (58 %) et d'abus avec pénétration sexuelle dans 26 cas (23 %). Les enfants victimes de comportements indécents étaient au nombre de 6 (5 %). Enfin, dans 15 cas (13 %), l'allégation était soit douteuse, soit totalement fausse (6 cas).

DE LA REVELATION DE L'ABUS A SON DIAGNOSTIC

Pour l'essentiel, c'est la parole de l'enfant ou de l'adolescent qui ouvre à la question d'un abus sexuel. Dans une certaine mesure, des comportements sexualisés peuvent y faire penser. Enfin, un cortège de symptômes ou comportements fréquents en clinique infantile peuvent y être associés.

Bien qu'il faille y être attentif, les abus sexuels ne se dépistent que rarement par une pathologie de la sphère génito-anales⁵. Les MST sont particulièrement rares. De temps à autre, un saignement vaginal chez un très petit enfant, une lésion périnéale ou même une grossesse peuvent révéler initialement un abus sexuel.

S'il existe une présomption d'agression sexuelle récente (48 h à 72 h), on mettra tout en œuvre pour qu'un examen gynécologique visant la recherche de preuves soit réalisé à bref délai⁶. Dans les autres cas, il vaut mieux différer l'examen spécialisé afin d'assurer un maximum de confort et de compréhension à l'enfant concerné. Dans plus de 80 % des cas, on ne retrouve pas d'indices probants malgré l'examen.

Pour apprécier la crédibilité d'une allégation d'abus sexuel à partir **de la parole de l'enfant**, on s'appuiera sur les critères suivants :

- l'enfant décrit des faits indubitablement de nature sexuelle impliquant un adulte ou un aîné ;
- à une personne de confiance (mère, grand-mère, voisine, copine de classe, enseignant, petit ami, etc.) ;
- dans ses mots d'enfant, appropriés pour l'âge et le niveau de développement ;
- avec difficulté, angoisse, gêne, réticences ou hésitations ;
- ou avec spontanéité, brusquement, sans raison apparente (jeunes enfants) ;
- après avoir manifesté un trouble et avoir été invité à dire ce qui n'allait pas ;

- sans être orienté par des questions suggestives, influencées d'emblée ou fermées.

En outre

- il donne des détails qu'il n'a pas pu inventer ;
- il ne colore pas son récit ;
- il décrit ce à quoi il s'est raccroché en pensée et ce qu'il a ressenti ;
- il décrit ce que l'adulte lui a dit, comment il s'y est pris ;
- il n'est plus sûr des divers moments / de certains souvenirs ;
- ses dires ne sont pas suggérés ou "forcés" par sa mère ou un autre adulte.

Ces critères ont été retenus sur la base de l'abondante littérature en la matière et "filtrés" par notre expérience. Ils indiquent un très haut niveau de crédibilité s'ils sont largement présents et correctement explorés.

Lorsque la suspicion d'abus naît d'un **trouble comportemental de nature sexuelle**, on retiendra le lien fort entre les situations réelles d'abus et les indicateurs suivants. L'enfant :

- agresse sexuellement un autre enfant ;
- simule des relations sexuelles ;
- présente une sexualité débridée ;
- a des connaissances ou intérêts sexuels inadaptés à l'âge ;
- se masturbe compulsivement / se masturbe avec un objet ;
- a des attitudes de provocation / de séduction à forte connotation sexuelle ;
- a des problèmes graves d'hygiène corporelle / vestimentaire.

De manière moins spécifique, des **troubles du comportement** comme des conduites antisociales, autodestructrices - avec ou sans TS - l'abus de toxiques, des troubles alimentaires peuvent être des conduites à valeur d'appel recouvrant une situation d'abus sexuels.

Certains **symptômes psychiques** sont observables à une fréquence élevée chez les enfants victimes d'abus sexuels. Ils existent dans d'autres syndromes réactionnels bien évidemment (deuil, traumatisme psychologique, etc.). L'enfant :

- a peur de lieux, de personnes, a de nouvelles phobies ;
- est irritable / agressif / colérique ;
- s'isole / se referme sur lui-même ;
- a des angoisses de séparation massives.

Enfin, l'enfant abusé peut présenter des troubles fonctionnels ou psychosomatiques. Ceux-ci sont fort peu spécifiques. L'enfant présente :

- des troubles du sommeil ;
- des douleurs abdominales ;

* Centre SOS Enfants-U.L.B., C.H.U. Saint-Pierre, Rapport d'activités 2003.

- une énurésie / encoprésie ;
- des céphalées.

PASSER DE LA PRESOMPTION A LA CONVICTION CLINIQUE

On comprend toute l'importance que revêt l'interrogatoire de l'enfant présumé abusé. En bas âge, la difficulté est souvent insurmontable. La plupart des accusations d'abus sexuels dans le cadre des conflits de couples séparés concernent de jeunes enfants. Les doutes se conjuguent et en l'absence d'éléments objectifs indiquant un abus sexuel, l'investigation, même spécialisée, marque le pas. Pourtant, avec les enfants à partir de l'âge de 6 ou 7 ans, il existe des repères méthodologiques assez solides pour valider les dires de l'enfant (ou de l'adolescent). Afin d'orienter valablement le cas ou de saisir rapidement les instances de protection, il est pertinent et utile d'évaluer avec précision la situation de l'enfant et ce qu'il veut bien en dire.

La recherche de la vérité a fait couler beaucoup d'encre. En effet, les enjeux sont de taille. La victime présumée est généralement le seul témoin. Sur la base de la crédibilité de son témoignage vont devoir s'enclencher des réactions lourdes de conséquences. Un premier risque serait de laisser se perpétuer une situation d'abus par défaut d'écoute ou de compétence au point de départ. Un autre risque serait de déclencher une crise familiale grave ou des poursuites judiciaires lourdes sur des bases très fragiles. Lorsque la Justice est saisie, le problème de l'enfant n'est pas résolu pour autant. A défaut de preuves matérielles ou d'aveux complets, sa parole doit être recueillie dans des conditions telles que l'audition ne doive pas se répéter, respecte des formes légales précises et puisse être soumise à une méthode d'analyse rigoureuse et reconnue.

Dans *l'Enfant mis à Nu*⁷, un livre fondateur en la matière, J.C. Yuille propose sa désormais célèbre SVA (" *Statement Validity Analysis* ") sur laquelle s'appuient largement les experts judiciaires.

De son côté, un centre comme SOS Enfants-U.L.B. reçoit en clinique multidisciplinaire spécialisée un grand nombre de situations où des parents et des intervenants souhaitent à la fois une évaluation assortie de conseils et une aide. Notre actualité est encore celle d'un dispositif légal où le signalement à l'autorité judiciaire n'est pas systématiquement obligatoire. Mais un tel signalement, sous la forme d'une plainte, doit être, nous semble-t-il, réalisé à bon escient. On observait, lors de la vaste recherche-action menée sous l'égide du Fonds Houtman-ONE de 1992 à 1994, un parallélisme entre l'expression de ce point de vue par les intervenants et le nombre de cas qu'ils avaient déjà rencontrés dans leur pratique professionnelle⁸.

LA COMMUNICATION AVEC L'ENFANT

Depuis l'année 2000, nous menons des

recherches en partenariat avec la Faculté de Psychologie de l'U.L.B. (Pr D. Razavi) sur la communication entre l'enfant présumé victime d'abus sexuels et le professionnel qui le rencontre. Ce travail de longue haleine vise à améliorer la qualité de ces interviews et à développer des outils de formation. La méthodologie d'analyse du contenu est complexe et dépasse la portée de cet article. Pourtant, de nombreuses recommandations peuvent déjà être formulées et, on l'aura compris, le dialogue avec l'enfant et le recueil adéquat de sa parole revêtent une importance capitale dans la prise en charge des abus sexuels.

Nous avons choisi de développer ce thème pour ces raisons et pour la portée plus générale qu'il peut avoir dans le cadre de la relation "soignant-soigné".

Les éléments facilitateurs du discours

Ils favorisent une communication adéquate entre les protagonistes de la relation. Ils servent d'adjuvant à l'établissement de la confiance avec l'enfant et par là même à la révélation des faits d'abus par l'enfant. Nous pouvons les résumer en trois catégories.

1. *Stratégies évaluatives* : Ce sont les stratégies auxquelles les intervenants ont le plus fréquemment recours avec un enfant présumé victime d'abus sexuel.

- *Questions ouvertes* : Elles permettent à l'enfant d'amener des éléments par lui-même. Il s'agit de questions très générales, habituellement en début d'entretien, n'étant pas dirigées sur un thème particulier. Les questions ouvertes permettent ou encouragent une grande variété de réponses. Elles comportent une fonction générale et la réponse à celles-ci n'est pas limitée.

[Comment ça va ? (I)']

- *Clarification* : Dans ce cas, la question cherche à aller au-delà des simples faits et à clarifier la nature et l'étendue de l'expérience. Il s'agit également d'une fonction utilisée pour préciser l'information déjà reçue sur un sujet.

[Donc, si j'ai bien compris ... (I)]

[Quand as-tu remarqué cela pour la première fois ? (I)]

- *Vérification* : Ici l'intervenant vérifie des informations déjà obtenues du patient.

[C'est donc vrai que tu as des problèmes à l'école ? (I)]

Plus l'enfant est jeune, plus c'est important car son discours est confus et sa mémoire fluctuante.

Les techniques de clarification / vérification associées à du soutien et à une reconnaissance de la souffrance de l'enfant permettent à l'intervenant médico-psychologique d'accéder à des détails précieux sur l'abus lors d'un entretien d'investigation.

2. *Stratégies informatives* : Il s'agit de réponses, de conseils apportés par l'intervenant aux

* I = l'intervenant ; E = l'enfant.

questionnements de l'enfant. Ces questionnements peuvent porter sur des domaines variés : psychologiques, médicaux, sur le futur, etc. Elles concernent donc la (les) réplique(s) immédiatement consécutive(s) à la question de l'enfant (sauf pour les énoncés incomplets). Certains énoncés de réponse ne sont pas des phrases. Il s'agit de réponses ayant fréquemment une fonction de facilitation ou pouvant simplement manifester l'acquiescement suite à une question de l'enfant.

[Oui, en effet. (I)]

Si un conseil est donné après que le point de vue du patient ait été exprimé clairement et si le conseil semble adéquat et réaliste, on parle alors d'une investigation préalable au conseil / apport d'information.

[Et après je vais retourner chez mon papa ? (E)]

[Non, tu habiteras dans un centre le temps de mieux connaître la situation. (I)]

3. **Stratégies supportives** : Elles se réfèrent à la reconnaissance, au soutien et à l'empathie que peut témoigner un intervenant face à l'enfant. Nos études démontrent une difficulté persistante des intervenants à utiliser ces stratégies dans le cadre d'un premier entretien avec un enfant présumé victime d'abus sexuel. Or l'empathie (se mettre à la place de l'autre, tenter de ressentir ce qu'il éprouve et le lui réverbérer en mots) est essentielle pour gagner la confiance de l'enfant et favoriser le processus de révélation. L'intervention empathique peut aller au-delà des mots de l'enfant mais doit reposer sur les interactions précédentes dans l'entretien. [C'est très bouleversant pour toi. (I)]

La *reconnaissance* renvoie au fait que l'intervenant reconnaît qu'il a entendu les dires de l'enfant. [Oui. (I)], [Je vois. (I)]. Cette catégorie est aussi utilisée lorsque l'intervenant exprime son accord avec l'enfant. [Exactement. (I)], [Je suis d'accord. (I)]. Ou encore lorsque l'intervenant reconnaît ses lacunes. [Excuse-moi, je ne sais pas quoi te dire. (I)]. La reconnaissance se rapporte aussi aux énoncés qui encouragent l'enfant à s'exprimer davantage. [Continue ... (I)], [Et puis ... ? (I)]

Des éléments inhibiteurs du discours

Ce sont ceux qui constituent un frein à l'établissement de la confiance avec l'enfant et donc au processus de révélation des faits d'abus par ce dernier. Il ne s'agit pas de stratégies en soi mais plutôt d'un mauvais usage des techniques de communication ou de leur manque d'adéquation dans l'entretien lui-même. Ce n'est pas tant la forme utilisée qui importe mais plutôt son moment d'apparition dans l'entretien.

Citons l'exemple des " *Questions fermées* ". Les questions fermées induisent une réponse à une question précise. Cette forme de question présuppose la réponse de l'enfant ou son orientation ou encore induit la réponse. [Tu n'as pas eu de problèmes pour dormir, n'est-ce pas ? (I)]. La question fermée peut prendre la forme d'une affirmation. [On va essayer de trouver un défaut, hein. (I)]

Les questions suggestives sont généralement considérées comme un frein à l'établissement d'une bonne communication. Ce n'est pas tout à fait exact. Pour s'en rendre compte, il suffit de se référer aux situations cliniques réelles que nous analysons. Certains enfants ont besoin d'un intervenant plus cadrant, venant chercher des informations très précises. Dans ce cas, nous observons que des questions plus fermées peuvent être un atout pour le bon déroulement de l'entretien. Elles deviennent plus néfastes lorsque l'intervenant les utilise à mauvais escient en cherchant à confirmer certains de ses *a priori* sans pour autant s'adapter à l'enfant et à ses caractéristiques. Plus elles prennent une forme suggestive [Il t'avait déshabillée pour te faire du mal ? (I)], plus elles provoquent des réponses en miroir qui freinent la parole vraie de l'enfant et vont le décrédibiliser dans une analyse *a posteriori*.

La *fausse réassurance* consiste en une réassurance qui vient avant toute exploration des sentiments ou avant une investigation suffisante du vécu psychologique du patient, dans le but de réduire l'anxiété, l'inquiétude, la tristesse, etc. Il s'agit d'une réassurance prématurée qui peut venir bloquer et inhiber la communication.

[Tu as heureusement vite parlé à ton institutrice. (I)]

[Faut pas avoir peur, ça va bien s'arranger. (I)]

Le blocage dans le discours

La mauvaise utilisation des différentes formes de communication peut conduire à un phénomène de **blocage** qui aura un impact sur la confiance de l'enfant, sur la richesse de l'échange et sur la révélation des faits.

Le blocage peut se manifester de différentes manières :

1. Par un changement de thème et ou de niveau émotionnel

[Je ne me sens pas bien pour le moment. (E) (*Thème émotionnel*)]

[Comme ça tu fais du théâtre ? (I)]

2. Par des répétitions pour blocage : La répétition peut être utilisée comme moyen de blocage, par exemple lorsqu'un sujet difficile est évité pour retourner à un contenu plus sécurisant, éventuellement déjà abordé précédemment.

[Il m'a caressé. (E) (*Thème abus*)]

[Et quelle pièce vous jouez avec ta troupe ? (I)]

3. Par la fausse réassurance évoquée ci-dessus. Le problème doit être abordé et non minimisé.

4. Par une interruption du discours : L'intervenant coupe la parole de l'enfant de manière arbitraire pour éventuellement ramener la conversation à un niveau psychologiquement plus supportable pour lui.

[J'ai peur parce que je ne... (E)]

[...Oui, et sinon comment va ta maman ? (I)]

5. Forme de contrôle : Elle fait référence à des formules de mises à distance telles que la banalisation, la minimisation, la rationalisation.

[Je me suis disputée avec toutes mes amies sauf une, à cause de ça. (E)]

[Mais ça n'est pas si grave que ça alors. (I)]

L'AVIS DES PERSONNES CONCERNEES

Le Centre SOS Enfants-U.L.B. a participé en 1999 à un projet interuniversitaire dans le cadre du programme DAPHNE I de l'Union Européenne. Le but était de comparer, en Belgique, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, l'articulation des mesures judiciaires et thérapeutiques dans les cas d'abus sexuels. Basée sur la méthodologie des "focus groups", cette étude nous a permis de recueillir l'opinion des patients, de leur entourage et des professionnels. Retenons, du côté des enfants et adolescents victimes traités à SOS Enfants-U.L.B., qu'ils nous ont communiqué, avec force, les repères suivants :

- l'enfant doit être encouragé à parler avec un psychologue avec conviction mais avec respect de son hésitation ("ça vaut la peine d'au moins essayer"). Il ne va pas de soi d'être adressé à un service d'aide psychologique ;
- le sexe du thérapeute ne leur a pas paru déterminant, mais un certain choix au départ devrait exister. Ils souhaitent que le thérapeute soit clair, précis, spécifique ("qu'il ne tourne pas autour du pot") ;
- le soutien à leur mère, dont ils percevaient le désarroi, les sentiments d'impuissance et de culpabilité, leur paraît crucial ;
- les entretiens familiaux sont terrifiants s'ils incluent l'abuseur. Ils ne devraient jamais être imposés, surtout pas avant un long cheminement personnel et une réelle évolution de la situation ;
- ils souhaitent la plus extrême confidentialité dans le milieu scolaire ;
- ils voudraient plus de sécurité pour eux-mêmes et plus de certitude de ne pas devoir affronter leur abuseur dans le voisinage, en visite etc. ;
- ils sont soucieux des autres victimes que leur abuseur pourrait faire ;
- ils peuvent accepter que les comportements des abuseurs sexuels relèvent de soins, mais pas sans véritable sanction ;
- ils auraient tous voulu être réunis plus tôt avec d'autres enfants ou adolescents confrontés au problème afin d'en discuter en groupe.

Cette dernière remarque fut commune aux parents, aux professionnels de terrain et aux décideurs réunis par groupes séparés autour de ces questions. Dans les trois pays concernés, le manque d'accessibilité et de visibilité des services d'aide compétents lorsqu'un enfant et ses proches sont confrontés brusquement et douloureusement à un problème d'abus sexuel, a été presque unanimement pointé.

APERCU DES REPONSES THERAPEUTIQUES

Pour éviter toute confusion, soulignons que le traitement des enfants victimes d'abus sexuels doit se comprendre comme un programme de prise en charge pluridisciplinaire⁹. Ce programme contient l'aspect psychothérapeutique mais ne s'y limite pas. Pour L. Berliner¹⁰, l'intervention poursuit plusieurs buts

importants : le traitement des conséquences psychologiques des expériences d'abus, le souci d'un développement sain afin de réduire les risques d'évolution négative à long terme, la protection de la victime, les poursuites judiciaires appropriées pour l'auteur. A défaut de celles-ci, ajouterions-nous, il s'agit d'aider l'enfant et son entourage à surmonter cette frustration - assez fréquente - et à leur donner des clés de compréhension de l'impasse judiciaire. La situation la plus critique pour les victimes est celle où l'entourage, en particulier la mère, prend fait et cause - activement par le rejet ou passivement par l'inaction et la minimisation - pour l'abuseur.

Un travail de recherche clinique que nous avons mené⁷ portait sur ces réactions maternelles et les leviers thérapeutiques possibles pour que la capacité de contenance maternelle reste suffisante et que les liens mère-enfant se maintiennent positivement. Il s'agit d'une capacité à contenir - par l'écoute, les réponses, les conseils, les interactions de la vie quotidienne - les débordements psychiques et émotionnels de l'enfant.

On le voit, l'intervention thérapeutique est nécessairement multiple, dès la crise du dévoilement : plusieurs personnes et plusieurs types d'entretiens sont nécessaires. Le soutien dans le réel et l'accompagnement dans des démarches (exemple l'audition vidéo-filmée de l'enfant à la police...) fait partie du dispositif. Viennent ensuite d'autres possibilités comme les groupes de parole. Les thérapies conseillées¹¹ et validées encouragent une approche multiple qui associe l'assistance au(x) parent(s) non abuseur(s) et une gamme de ressources et techniques au service des victimes. Pour une part, l'offre de soins doit être "ciblée", spécifique aux aspects sexuels vécus et à leurs conséquences, mais pour une part, souvent très importante, en soutien des mécanismes sains de restauration psychique développés par l'enfant. La balance est délicate et il est indéniable qu'aucun activisme réparateur n'est à conseiller. Pour nous, l'aide se construit et s'ajuste dans la crise du dévoilement et ses suites, souvent longues et chargées de ruptures et d'angoisses. Il va de soi que nous ne minimisons pas l'importance d'un traitement des adultes délinquants sexuels. Ce domaine est en pleine expansion et permet d'espérer une meilleure prévention générale. Mais dans l'état actuel de la question, rares sont les cas où il serait de l'intérêt de l'enfant de centrer la thérapie sur la restauration des liens et des relations familiales.

CONCLUSION

Les abus sexuels peuvent être associés à d'autres formes sévères de mauvais traitements et nécessiter un train de mesures d'aide dont les priorités seront protectionnelles et psycho-éducatives. A l'autre extrême, l'enfant est cru et soutenu par sa mère, ou par ses deux parents, et l'impact négatif de l'expérience

* Van de Maele M, Duchâteau C, Gérard M : Enfants abusés : quel soutien pour les parents ?, Projet "Liens", ONE, 2003-2004

peut se résorber presque spontanément. Face à ces extrêmes, il paraît nécessaire de disposer d'une large gamme de réponses à proposer. A tout le moins faudrait-il que chaque enfant victime puisse bénéficier d'une aide individuelle qualifiée, ainsi que son parent non impliqué dans l'abus. Le soutien dans la réalité et la coordination des actions menées sont indispensables, dès la crise du dévoilement.

Un accompagnement thérapeutique inauguré à ce point de départ est susceptible de minimiser l'impact des traumatismes secondaires et de soutenir une demande de soins ultérieure. Cette demande sera rencontrée tantôt par une psychothérapie individuelle au long cours, tantôt par une thérapie de groupe, par une thérapie familiale ou de couple. Le plus souvent, une combinaison de ces moments thérapeutiques sera souhaitable.

Il faut insister sur l'importance des réponses à apporter aux besoins généraux de l'enfant. Son bien-être au quotidien et sa sécurité doivent être garantis. C'est alors que l'enfant ou l'adolescent victime d'abus sexuels pourra bénéficier pleinement des compétences de thérapeutes disposant d'une large expérience clinique tout en étant très au fait des spécificités des abus sexuels et de leur traitement.

Nous pensons que c'est en complémentarité des ressources et dans le cadre d'une multidisciplinarité qui ne mélange pas les rôles, que les enfants victimes se verront le mieux restaurés dans leurs droits et dans leur santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haesevoets YH : Regard pluriel sur la maltraitance des enfants. Bruxelles, Kluwer, 2003 : 42-8
2. Kempe H : Sexual Abuse : another hidden pediatric problem. Pediatrics 1978 ; 62 : 382-92

3. Bilan statistique de 1998 à 2003. Bulletin d'information de l'action enfance maltraitée de l'ONE, 2004 ; 59 : 3-18
4. May-Chahal C, Herczog M : Child sexual abuse in Europe : an overview. In : May-Chahal C, Herczog M, eds. Child sexual abuse in Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2003 : 12-5
5. Paradise JE : The medical evaluation of the sexually abused child. Pediatr Clin North Am 1990 ; 37 : 839-62
6. Geubelle F : L'enfant maltraité. Le paramédical / Le médecin. Liège, Editions de l'U.Lg., 2002
7. Yuille JC : L'entrevue de l'enfant dans un contexte d'investigation et l'évaluation systématique de sa déclaration. In : Van Gijsegem H, ed. L'Enfant mis à nu. Montréal, Méridien-Psychologie, 1992 : 67-100
8. Van Poppel E : Abus sexuel d'enfants et signalement aux autorités judiciaires, une question éthique. In : Colloque - L'abus sexuel de l'enfant. Tome 2. Bruxelles, Fonds Houtman, 1997 : 87-96
9. Gérard M, De Rijck L : Therapeutic help for victims and their families. In : May-Chahal C, Herczog M : Child Sexual Abuse in Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2003 : 155-64
10. Berliner L : Intervention in Sexual Abuse. University of Wisconsin, 2001. IPSCAN (International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) website, www.ipscan.org.
11. Mac Donald G : Effective interventions for Child Abuse and Neglect. An Evidence Based Approach to Planning and Evaluation Interventions. London, Wiley, 2001 : 207-9

Correspondance et tirés à part :

M. GERARD
C.H.U. Saint-Pierre
Centre SOS Enfants-U.L.B.
Rue Haute 322
1000 Bruxelles

Travail reçu le 15 juillet 2005 ; accepté dans sa version définitive le 22 juillet 2005.