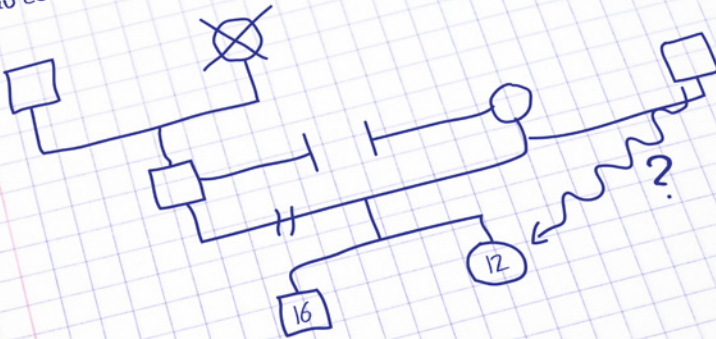


CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

MALTRAITANCE SEXUELLE ET CONJUGALITÉ

Cette attitude permet notamment de rendre les comportements significatifs et prévisibles. Dans cette optique, les victimes de trauc au cours de l'enfance tendent typiquement à mentaliser les sév



spécifique au trauma à partir d'entrevues d'attachement adulte (AAI : George et al, 1985) dans le cadre d'une étude portant sur 100 mères victimes de maltraitance durant l'enfance. Dans la grille de cotation, chaque type de mentalisation

des processus interactionnels complexes la relation parent-enfant relève d'un évènement, surtout lorsque l'interaction est traumatique. Dans l'exemple G avec son regard d'adulte, la violence et de violence qu'elle en l'enfance. Elle parvient à une relationnelle in

ONE.be

Les équipes
SOS
ENFANTS
subventionnées par l'ONE

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

MALTRAITANCE SEXUELLE ET CONJUGALITÉ

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Nicolas Berthelot
Bénédicte Deliège
Déborah Dewulf
Karin Ensink
Clémentine Gérard
Natacha Godbout
Marie Lambert
Lina Normandin
Katherine Péloquin
Stéphanie Sabourin
Marie-Pier Vaillancourt-Morel
John Wright

COMITÉ ÉDITORIAL

Quentin Bullens
Déborah Dewulf
Marie Lambert
Jessica Segers

SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Dominique Jungers

SOMMAIRE

| | |
|--------------------|----------|
| ÉDITO | 4 |
|--------------------|----------|

ARTICLES

| | |
|---|----------|
| Mentalisation efficiente du trauma | 6 |
|---|----------|

Par Nicolas Berthelot, Karin Ensink et Lina Normandin

| | |
|---|-----------|
| Les séquelles conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence | 21 |
|---|-----------|

*Par Marie-Pier Vaillancourt-Morel, Natacha Godbout,
Stéphane Sabourin, Katherine Péloquin, John Wright*

VIGNETTE CLINIQUE

| | |
|---|-----------|
| Conséquences d'un abus sexuel vécu dans l'enfance sur la vie conjugale des victimes à l'âge adulte | 42 |
|---|-----------|

Par Clémentine Gérard

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| INCITATIONS À LA LECTURE | 49 |
|---------------------------------------|-----------|

| | |
|--|-----------|
| RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS | 54 |
|--|-----------|

ÉDITO

En cohérence avec l'objectif du Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, qui se veut un trait d'union entre les professionnels concernés par la problématique de la maltraitance, le comité éditorial a souhaité intégrer en son sein le secteur de la santé mentale, par le biais de la participation du CRéSaM, Centre de Référence en Santé Mentale.

Depuis mai 2013, le CRéSaM a ainsi rejoint avec enthousiasme le comité éditorial. L'asbl, reconnue depuis le 01/01/2012 dans le cadre du décret du 03/04/2009 relatif aux services de santé mentale et aux centres de référence en santé mentale, a pour objet principal de soutenir l'action des professionnels des services de santé mentale wallons. Pour ce faire, l'asbl poursuit des missions d'information, d'appui, d'observatoire des pratiques et initiatives, de recherche, et enfin, de concertation transrégionale et transectorielle. Ces missions se concrétisent à travers différents projets menés par une équipe pluridisciplinaire.

Cette ouverture voulue par le comité éditorial fait écho aux réalités de terrain : les situations cliniques se complexifient progressivement, faisant appel à toute la créativité des intervenants psycho-médico-sociaux, mais aussi à un travail en partenariat, devenu un incontournable pour faire face aux souffrances des enfants et de leurs familles.

Ainsi, le travail en réseau s'impose souvent comme une nécessité, soulevant aussi par ailleurs de nombreuses questions : comment articuler les interventions des uns et des autres, comment garantir une certaine cohérence dans l'accompagnement des personnes, entre services de secteurs différents, régis par des modalités de fonctionnement divers ?

Cette articulation ne se fait pas toujours sans mal. Des initiatives telles que cette publication, permettant de penser conjointement et de manière transdisciplinaire la problématique de la maltraitance, ne peuvent qu'être soutenantes pour des prises en charge les plus adaptées possibles aux besoins de chacun.

Par ailleurs, l'implication du CRéSaM via sa participation au comité éditorial permettra de donner, nous l'espérons, une plus grande visibilité encore au Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, ainsi qu'une ouverture au secteur des services de santé mentale et leurs partenaires. Mobiliser les différentes ressources et richesses des différents champs concernés de près ou de loin par la maltraitance des enfants ne peut qu'aller en fa-

veur d'une meilleure prise en charge de ces situations particulièrement douloureuses. Parions donc sur un enthousiasme des services concernés à contribuer à cette revue, en témoignant de leurs pratiques, de leurs lectures, de leurs réflexions théoriques !

Les deux articles présentés dans ce numéro s'intéressent aux adultes ayant subi des abus sexuels ou des maltraitements durant l'enfance. Tous deux Québécois, les auteurs apportent des pistes précieuses pour la prise en charge de ces adultes. Après avoir présenté dans un précédent numéro du CNMI les échecs d'une mentalisation dans le discours des personnes victimes d'abus, Nicolas Berthelot nous emmène cette fois du côté des indices positifs à aller chercher et à encourager chez les victimes. Il illustre son propos de nombreux exemples cliniques et donne ainsi aux cliniciens des outils leur permettant de détecter ces indices d'une mentalisation efficiente.

De son côté, Marie-Pier Vaillancourt-Morel et ses collègues, par leur étude sur un large échantillon d'adultes consultant pour diverses difficultés conjugales et relationnelles, abordent la question des répercussions à long terme d'un abus sexuel subi durant l'enfance ou l'adolescence sur les relations conjugales à venir, et ce, tenant compte des caractéristiques de l'abus. Les auteurs prônent pour l'utilisation de modèles théoriques complexes qui permettent de mieux comprendre les répercussions de l'abus sur les relations de couple.

Clémentine Gérard, à travers son expérience comme psychologue au service SOS Enfants-ULB dans la prise en charge individuelle et de groupe d'adultes victimes d'abus sexuels dans l'enfance, apporte également sa contribution à la thématique de ce numéro. L'auteur présente d'une part, des résultats issus de l'analyse de données relatives à 50 patients suivis au centre, en reprenant les propos de ces personnes quant à leurs difficultés conjugales, et d'autre part, quelques trajectoires conjugales d'anciennes victimes d'abus sexuels devenues adultes, illustrant ainsi l'importance d'un accompagnement thérapeutique ciblé et spécialisé pour ces personnes.

Il nous reste à vous souhaiter une excellente lecture et une belle année 2014 !

Marie Lambert

Responsable de projets
au CRÉSaM

MENTALISATION EFFICIENTE DU TRAUMA

Nicolas Berthelot, Ph.D., Psychologue, Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières
Karin Ensink, Ph.D., Psychologue, Professeur à l'Université Laval
Lina Normandin, Ph.D., Psychologue, Professeur à l'Université Laval

Cet article est la deuxième partie d'un travail en deux volets s'intéressant à la mentalisation chez les victimes de maltraitance durant l'enfance. Alors que le volet précédent s'intéressait spécifiquement aux échecs de mentalisation dans le discours, le présent article se concentre sur les indices suggérant une capacité de mentalisation préservée à l'égard des expériences traumatiques. Développer une capacité de réflexion complexe et efficiente à l'égard de ses propres expériences de maltraitance et des états mentaux associés est un défi de taille. Certains individus accomplissent ce fait d'arme développemental, ce qu'illustrent les exemples cliniques suivants. Il est essentiel pour les intervenants en maltraitance d'identifier ces indices positifs, et de favoriser leur essor, puisqu'une mentalisation efficiente est conceptuellement associée à la résilience suite au trauma et augmente les chances de bénéficier des interventions cliniques.

Mots-clés : mentalisation; fonctionnement réflexif; trauma; abus; résilience.

Keywords : mentalisation; reflective function; trauma, abuse, resilience.

MENTALISATION ET RESILIENCE

La mentalisation réfère à l'activité mentale permettant aux individus de saisir le sens de leurs actions et de celles des autres en se référant aux états mentaux régissant les comportements, tels que les croyances, les intentions, les sentiments, les désirs et les pensées (Fonagy et al., 2002; Holmes, 2006). Il s'agirait entre autres d'une capacité intrinsèque à la régulation des affects et des comportements (Bouchard et al., 2008; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy & Target, 1997, Fonagy, et al., 2002.) Alors que nous avons précédemment illustré que la maltraitance durant l'enfance interfère avec le développement de la mentalisation (Berthelot et al., 2013), il semble à la fois qu'une capacité de mentalisation préservée soit un facteur de protection important dans un contexte de maltraitance. Il est à cet effet suggéré que la mentalisation soit conceptuellement associée à la résilience suite à l'exposition à des stressseurs interpersonnels de l'ordre



d'adversité familiale durant l'enfance (Fonagy et al., 1994). Une capacité efficace à réfléchir en termes d'états mentaux permettrait notamment de réduire la pression à recourir à des comportements défensifs et favoriserait un sens cohérent d'identité (Fonagy et al., 1994). Il s'agit donc d'une aptitude cruciale dans le contexte désorganisant que représente la maltraitance durant l'enfance (Cicchetti, 1990). Le présent article vise à outiller les cliniciens à reconnaître les indices d'une mentalisation efficiente à l'égard des expériences traumatiques.

LA MENTALISATION EFFICIENTE DU TRAUMA : ILLUSTRATIONS CLINIQUES

Les illustrations suivantes découlent du travail d'élaboration d'une grille de cotation du fonctionnement réflectif spécifique au trauma à partir d'entrevues d'attachement adulte (AAI : George et al., 1985) dans le cadre d'une étude portant sur 100 mères victimes de maltraitance durant l'enfance¹. Dans la grille de cotation, chaque type de mentalisation est associé à un score entre -1 et 9 reflétant le degré de sophistication de la mentalisation. Des scores de -1 reflètent une attaque au processus de mentalisation alors que des scores de 9 indiquent une mentalisation très sophistiquée. Les exemples suivants sont répartis en deux groupes : les exemples d'une réflexion rudimentaire (scores de 3 ou 4 à l'échelle) et les exemples d'une réflexion efficiente (score d'au moins 5 à l'échelle). Les exemples de mentalisation dans ces catégories n'ont cependant pas d'ordre hiérarchique.

Exemples de réflexion rudimentaire

Les exemples suivants reflètent un degré de réflexion rudimentaire, en ce sens que les participants démontrent une certaine considération des états mentaux en lien avec leurs expériences de maltraitance durant l'enfance. Toutefois, ces passages demeurent élémentaires et sont le produit d'une activité mentale réflexive peu complexe et de surface à l'égard de l'impact de la maltraitance sur les états mentaux.

1. Identification d'états mentaux dans un contexte de maltraitance

Exemple A

« Tu sais, quand il prenait sa ceinture puis qu'il la pliait en deux, puis qu'il faisait du bruit pour nous faire peur - mais il ne nous a jamais frappé avec la ceinture - tout de même, ça faisait vraiment peur, surtout quand il disait : « Vous voulez une raison pour pleurer ? » Puis là, il se mettait à prendre sa ceinture puis.... Ah! On pleurait plus encore. Ça nous faisait peur. Il était sévère. »

¹ Pour plus de détails sur l'instrument, les participants, la méthodologie et les résultats des études, le lecteur est invité à contacter les auteurs..



La mentalisation implique de chercher à identifier avec discernement des états mentaux à la source des comportements (Fonagy et al., 1998). L'intérêt et la capacité à identifier ses propres états mentaux est donc une étape de base du processus réflexif. Dans un contexte peu chargé émotionnellement, le simple fait de mentionner ses sentiments par rapport à une situation donnée relève d'une activité réflexive ordinaire, voire peu significative. Il en est tout autre dans des contextes aussi chargés affectivement que l'exposition à des traumatismes interpersonnels. Dans ces situations où la charge émotionnelle est tellement grande qu'elle s'avère menaçante pour l'équilibre de l'individu, le recours à des mécanismes de défense qui viennent modifier l'expérience interne est fréquent. Plusieurs victimes de maltraitance en viennent ainsi à dénier la maltraitance ou ses impacts (voir Berthelot et al., 2013). Le fait d'être en mesure d'identifier et de nommer avec authenticité les sentiments vécus dans un contexte de maltraitance s'avère ainsi un indice d'une mentalisation efficiente, quoique rudimentaire.

2. Prise de perspective par rapport aux comportements de maltraitance

Exemple B

« Tu sais, je me questionnais beaucoup à savoir pourquoi ça m'était arrivé à moi. Pourquoi il m'avait fait ça. J'étais convaincue que j'avais fait quelque chose de mal pour mériter ça. Avec le temps, j'ai compris que ça n'avait rien à voir avec moi ou avec ce que j'avais bien pu faire. Que le problème, ce n'est pas moi, c'est lui. »

La mentalisation implique une curiosité par rapport aux états mentaux soutenant les comportements. Cette attitude permet notamment de rendre les comportements significatifs et prévisibles. Dans cette optique, les victimes de traumatismes au cours de l'enfance tendent typiquement à mentaliser les sévices vécus en cherchant à identifier rétrospectivement les causes de ceux-ci. Ce questionnement est effectué dans une tentative désespérée de retrouver un certain sentiment de contrôle sur les gestes incompréhensibles, inattendus et imprévisibles dont elles furent victimes (Terr, 1991). Les victimes de traumatismes qui parviennent à trouver une explication leur permettant de donner du sens à l'événement tendent toutefois à se sentir terriblement coupables (Terr, 1991), s'attribuant à tort des états mentaux de l'agresseur. L'exemple B illustre bien comment une jeune femme victime d'agression sexuelle parvient, dans un effort réflexif, à prendre une nouvelle distance par rapport aux causes de l'agression.



3. Reconnaissance de l'influence de la maltraitance sur les états mentaux

Exemple C

« Ça (abus sexuel) m'a affecté beaucoup avant, j'ai eu beaucoup de cauchemars, je pensais souvent que, pas que lui allait revenir, mais que quelqu'un allait venir me le refaire, que quelqu'un allait venir me faire du mal. Aussi, quand j'avais des relations, j'étais portée à ne pas être à l'aise, c'était différent [...] mais avec le temps, ça a changé, puis les cauchemars la même chose. Avant j'avais beaucoup peur dehors le soir, la noirceur, maintenant, je suis correcte, je peux être toute seule dans la maison jusqu'à une certaine heure. »

Dans l'exemple précédent, le sujet décrit brièvement de nombreux symptômes psychologiques fréquemment rapportés chez les victimes d'agression sexuelle. En identifiant que sa peur, son hypervigilance, ses cauchemars et son inconfort face à l'intimité sexuelle prenaient naissance dans une série d'événements passés qui ont laissé des séquelles psychiques importantes, le sujet laisse entendre qu'elle comprend bien qu'il s'agit là d'états mentaux et fait ainsi preuve d'un degré de mentalisation rudimentaire.

4. Reconnaissance du caractère inapproprié du recours à des stratégies défensives

Exemple D

En parlant de son vécu de maltraitance « [...] je ris, mais ce n'est pas drôle. »

Dans l'exemple D, alors qu'elle discute son vécu de maltraitance durant l'enfance, la participante identifie de façon spontanée que son affect ne correspond pas à sa charge émotionnelle ainsi qu'à la gravité de ses propos. Toutefois, elle ne va pas plus loin dans sa réflexion à ce sujet. Cette prise de conscience spontanée du caractère étonnant de sa réaction en abordant le thème de la maltraitance constitue une amorce réflexive.

5. Admission du recours à des stratégies défensives

Exemple E

« Oui mon père était violent oui. Ça m'a pris bien du temps à même vouloir le voir parce qu'on n'aime pas ça dire que – la violence tu sais – d'admettre qu'un de nos parents est violent, on n'aime pas ça. Mon père était très violent. »



Exemple F

« Je ne me souviens même pas de ma première année. J'ai comme des trous dans ma tête. Je me souviens qu'à l'âge de huit ans, quand j'allais à la petite école à Ville 1, je marchais dans la rue, puis on aurait dit que je n'étais pas là. Je ne peux pas vous expliquer. Je n'étais pas là. Je marchais dans la rue et je n'étais pas bien. Je n'étais pas une fille joyeuse – je n'ai pas vécu dans la grosse misère là sauf que je n'étais pas bien en dedans de moi. C'est dur pour moi de vous expliquer ça. »

Alors que la participante de l'exemple D observe qu'elle a une curieuse réaction en parlant du trauma et interrompt instantanément sa réflexion, les sujets des exemples E et F poussent cette amorce réflexive un peu plus loin. En se laissant immerger par leurs souvenirs tout en maintenant une position d'observatrice par rapport à leurs réactions, ces participantes parviennent à élaborer sur des défenses complexes telles que le déni (exemple E) et la dissociation (exemple F) en attribuant un sens à ces mécanismes psychologiques. Ces défenses sont parfois effrayantes pour les personnes traumatisées, celles-ci craignant d'être « folles ». Il est ainsi important pour les cliniciens qu'ils aident les victimes à donner du sens à leur expérience, notamment en les informant sur la normalité de ces réactions compte tenu de l'anormalité de la situation.

Exemples de réflexion complexe

Les exemples suivants sont le reflet d'une mentalisation plus élaborée. Ici, les participantes font état d'un processus réflexif qui reflète une bonne connaissance de la nature des états mentaux ainsi qu'un effort explicite à élaborer les états mentaux soutenant les comportements.

6. Contribution au contexte de maltraitance

Exemple G

« [...] je cassais tout le temps de quoi dans la semaine. Je pense que je faisais exprès pour attirer son attention. Maintenant je crois ça. »

Le fait de reconnaître des processus interactionnels complexes dans la relation parent-enfant relève d'une activité réflexive évoluée, surtout lorsque l'interaction en question était traumatique. Dans l'exemple G, la participante revisite, avec son regard d'adulte, la relation empreinte de négligence et de violence qu'elle entretenait avec son père au cours de l'enfance. Elle parvient ainsi à identifier une motivation relationnelle inconsciente (attirer l'attention d'un père distant) à un comportement particulier. Ce faisant, elle identifie implicitement qu'elle pouvait provoquer son père, et ainsi entretenir une relation de violence psychologique et physique, puisque cela était plus tolérable que l'absence de relation, sans jamais laisser entendre qu'elle méritait un tel traitement comme enfant.

7. Réflexion complexe de l'impact de la maltraitance sur le développement

Exemple H

« Ils (deux abus sexuels) m'ont affectée longtemps. Juste pour te dire entre autres, je suis allée en thérapie, j'avais 16, 17 ans, j'ai eu très peur des hommes. Puis je n'avais vraiment pas confiance en les adultes. Moi les adultes m'avaient bien déçue... bien déçue. Ma mère, qui était devenue alcoolique qui me décevait sans bon sens, je n'étais vraiment pas fière d'elle. Mon père m'avait déçue, qui avait abusé de ma confiance, il n'avait pas le droit de me faire ça tu sais, moi je l'aimais mon père, puis j'avais vraiment pas d'idées derrière la tête. Le monsieur qui avait abusé de ma confiance à 5 ans, qui m'avait raconté des affaires, je pensais que c'était mon ami puis finalement regarde ce qu'il m'a fait. Donc je n'avais comme pas confiance en les adultes, surtout pas les jeunes. Puis j'avais fait une thérapie de 9 mois à ce moment-là, en sortant du secondaire. J'avais craqué là, mes parents ils ne le savaient même pas que j'allais en thérapie. [...] c'est parce que j'avais besoin d'aide là [...]. Aujourd'hui ça va beaucoup mieux, tu sais j'ai réglé bien des affaires dans ma tête puis j'ai pardonné ces choses. Je n'oublie pas par contre, c'est toujours là, à influencer mon attitude, mais je suis tout de même plus forte que je l'étais, j'ai plus d'outils, puis je ne vois pas tous les hommes menaçants non plus comme je les voyais adolescente. »

Le fait de prendre une perspective développementale et d'observer comment les états mentaux changent avec les années relève d'une activité réflexive. D'un autre côté, certains facteurs influencent le développement personnel de façon telle que le simple passage du temps ne parvient pas à effacer leurs impacts. Dans l'exemple H, la participante fait preuve de réflexion complexe en identifiant comment l'échec de son entourage significatif à considérer ses besoins d'enfant a eu des impacts majeurs sur sa façon de se percevoir et de percevoir les autres; comment le passage du temps et l'expérience de nouvelles relations plus satisfaisantes ont modifié ses perceptions; et comment, malgré ces nouvelles expériences et réflexions, ses expériences d'enfant l'affectent encore aujourd'hui.

Il est à noter que dans plusieurs des extraits de cet article, les participants font référence au temps et aux changements de perceptions associés à la transition vers l'âge adulte. Cette référence au temps n'est pas anodine. En effet, les enfants victimes de maltraitance se retrouvent plus souvent qu'autrement dans un compromis irréconciliable où ils se voient menacés par les individus mêmes de qui ils dépendent. Ces situations complexes pressent alors pour le recours à des mécanismes de défense qui permet à ces enfants de maintenir une représentation parentale positive, au vu de leur état de dépendance, malgré la présence de mauvais traitements.





Ces défenses contrecarrent ainsi le développement de la mentalisation. Ainsi, le passage du temps favoriserait en quelque sorte l'émergence de la réflexion sur le trauma puisque certaines défenses s'avèrent moins nécessaires à l'âge adulte, l'individu n'étant plus directement exposé à la maltraitance des parents et ne dépendant plus d'eux pour sa sécurité.

8. Réflexion complexe de l'impact de la maltraitance sur le comportement actuel

Exemple I

A échappé de près à un abus sexuel extrafamilial : « En fait, ça a pris, eeh, l'agression m'avait tellement marquée que, je n'étais pas vraiment consciente de ça, ça m'a pris beaucoup de temps avant de faire l'amour avec mon mari. Et ce n'est pas parce que les souvenirs revenaient, mais j'avais comme l'impression qu'il allait enlever quelque chose de moi, qu'il allait me prendre quelque chose que je ne voulais pas. C'est... jusqu'au moment où j'ai compris, je ne sais pas moi, j'ai senti que j'étais prête à vivre ça. Moi j'avais 23 ans. Ce n'est pas que l'idée ne m'était pas venue plus tôt, mais je me battais contre [...] Je ne me laissais pas faire tu sais. Il ne va pas me prendre quelque chose, il ne va pas m'avoir. »

Mentaliser implique de concevoir et réfléchir ses actions, et celles des autres, en termes d'états mentaux. Plusieurs survivants de traumas interpersonnels parviennent relativement facilement à identifier des symptômes envahissants qu'ils relient à l'exposition traumatique. Cependant, il est plus rare de voir les individus développer sur leurs états mentaux susceptibles de rendre compte de ces symptômes comportementaux. C'est ce que fait la participante de l'exemple I en élaborant sur sa représentation à l'effet que son partenaire, par le biais de la sexualité, souhaite lui soutirer quelque chose contre sa volonté. La participante fait notamment état de ses capacités réflexives en démontrant qu'elle comprend bien qu'il s'agit là d'une représentation d'objet, et non de la réalité objective.

9. Prise de conscience articulée de l'impact de la maltraitance sur soi

Exemple J

« Bien, je pensais que c'était... juste à voir comment je réagis à ces souvenirs-là. Je pensais que c'était oublié, que c'était... pas que c'était oublié parce qu'il y a des choses qui te marquent puis que tu restes marquée pour la vie. Mais je ne fonde pas ma vie sur ça. Tu comprends ? J'essaie toujours de faire le mieux, je sais que j'ai eu une enfance difficile, puis que ce n'est pas le meilleur, mais je ne veux pas non plus le reproduire. Que ce soit avec mes enfants ou avec mon mari. Mais sauf que, en parlant de ça, je vois quand même que je suis encore très sensible à ces



choses-là. Que c'est comme encore présent tu sais. Parce que je n'ai jamais eu vraiment l'occasion de rester assise avec quelqu'un puis d'en parler comme ça, tu comprends ? »

Une caractéristique importante distinguant la mentalisation d'autres concepts similaires tels que la théorie de l'esprit, est le fait que la mentalisation n'est pas un processus purement cognitif et détaché affectivement. Au contraire, la mentalisation implique de considérer l'affect, tout en y réfléchissant (Fonagy et al., 2002). C'est la capacité de sentir, tout en pensant à ce qui est ressenti (traduction libre, Allen et al., 2008, p.63). La participante de l'exemple J fait ainsi preuve de mentalisation alors qu'elle prend conscience et réfléchit de manière spontanée et non défensive aux sentiments qui émergent lorsqu'elle aborde le thème délicat de la maltraitance.

10. Prise de conscience articulée de l'impact de l'abus sur les comportements parentaux

Exemple K

« Puis vous savez, ceux qui sont battus et qui battent leurs enfants là, c'est vrai ça. Puis c'est tellement facile de tomber dans le panneau, sauf qu'il y a des gens qui ne s'en rendront pas compte de ce qu'ils font par instinct, sauf que moi, ce que je veux c'est de ne pas tomber dans le panneau puis je suis consciente des risques, des mauvaises choses, puis bon. Puis ce n'est pas facile parce qu'il faut que je vive avec ça. Mais je suis au courant, je le sais qu'il faut, bien, c'est un peu comme, je sais que c'est là, mais qu'il ne faut pas. Mais ça tend tout le temps vers là, parce que quelque part, j'ai tout mon passé qui est là. Ça influence beaucoup ce qu'on vit, mais je suis contente d'être consciente de ça et de ne pas le répéter. À un moment donné, faut que ça casse, faut que la ligne se coupe. Dire bon là, la violence par-dessus la violence, ce que tu vis puis ce que ma mère reproche à ma grand-mère, que moi aussi je lui reproche, moi je ne veux pas que mes enfants me le reprochent, moi je veux que ça casse là. Fait que c'est pour ça que j'essaie d'être mieux, mais ce n'est pas facile, c'est tous les jours dans le fond, c'est quasiment un combat de tous les jours de ne pas tomber dans le panneau. »

Il y a quarante ans, Oliver (1993) rapportait qu'un tiers des victimes de maltraitance durant l'enfance adoptaient, malgré leur bonne foi, les mêmes comportements avec leurs propres enfants. Les cycles intergénérationnels de maltraitance ont depuis été documentés dans la littérature scientifique (Avery et al., 2002; Berthelot et al., 2012; Collin-Vézina & Cyr, 2003; Heyman, & Slep, 2002; Leifer et al., 2004; Zuravin et al., 1996). Il est proposé que ces remises en actes soient le résultat d'échecs de mentalisation chez le parent traumatisé (Allen et al., 2008). À l'instar de Selma Fraiberg



(Fraiberg et al., 1975/1983) dans son ouvrage intitulé *les Fantômes dans la chambre d'enfant*, la participante de l'exemple K décrit bien ce phénomène en rapportant comment, malgré un profond désir d'offrir un encadrement différent à son enfant que celui auquel elle fut exposée, elle tend instinctivement à agir comme sa propre mère. Du coup, la participante semble également se rappeler ce qu'était son expérience d'enfant face à une mère abusive et tient à éviter cette expérience à sa fille. Plusieurs futurs parents victimes de maltraitance tendent au contraire à présenter une représentation clivée, se considérant à l'extrême opposé de leurs parents maltraitants et étant persuadés qu'ils agiront en tout point de manière différente à ceux-ci. D'autres individus présentent un portrait idéalisé de leurs propres parents, portrait incompatible avec les gestes maltraitants subis. La participante de l'exemple K fait ainsi preuve de mentalisation en considérant de façon non défensive l'impact de son vécu de maltraitance sur les sentiments, sensations et représentations qui l'habitent comme parent, tout en reconnaissant l'importance de prendre une distance par rapport à ces états d'esprit afin de parvenir à adopter des comportements plus sécurisants dans la relation avec sa fille.

11. Prise de conscience articulée de l'impact de la maltraitance sur la dynamique familiale

Exemple L

(Vous avez utilisé le terme *surprotection* pour décrire la relation avec votre mère [...] ?) « [...] c'était des sorties qu'elle me disait que je ne pouvais pas eehh – c'est sûr qu'il m'est arrivé un accident puis elle a eu bien peur, je me suis faite agresser par l'un des meilleurs amis de mon père et je pense que j'avais 8 ans. À partir de ce moment-là c'était vraiment très sévère : « Il ne faut pas que tu parles à telle personne, il faut que tu fasses attention à qui tu vois », tu sais comme : « surveille-toi, puis va pas faire-ci, va pas là ». Oui, à partir de cet événement-là, ça a comme tout changé là. »

La littérature scientifique s'est grandement intéressée à l'impact des traumas sur l'individu directement exposé au trauma, mais peu d'écrits se sont attardés sur l'impact de ces événements sur l'entourage significatif de la victime. De même, il est plutôt rare de voir les victimes de trauma élaborer d'emblée sur la perspective des autres face au drame les ayant affectées personnellement. Dans l'exemple L, la participante fait preuve de mentalisation en reconnaissant que l'agression sexuelle vécue a eu une incidence sur les états mentaux de sa mère, et en retour sur leur relation.



12. Prise de conscience articulée de l'impact de la maltraitance sur l'identité

Exemple M

« Peut-être que j'ai peur d'être méchante, je veux peut-être être trop gentille. Tu te formes un caractère qui n'est pas toi [...]. Même le père de mes enfants, même si ça va prendre 50 ans, il ne me connaîtra jamais s'il ne veut pas. Il va vivre avec quelqu'un, mais tu sais... c'est du mal qui a été, comment je pourrais dire, plus intime là. »

La maltraitance durant l'enfance tend à interférer avec le développement de l'identité. Les survivants de traumatismes en enfance ne sont pas trop certains s'ils sont comme la figure parentale aimante, ou plutôt comme la figure parentale punitive/négligente, ou bien s'ils sont des individus distincts à part entière (traduction libre, Steele, 1986). La participante de l'exemple M fait preuve de mentalisation en élaborant sur cette confusion dans les fondements même de son identité; en décrivant la fonction défensive de certains états mentaux et que la possibilité qu'un comportement dissimule un état mental opposé (attitude gentille pour dissimuler un sentiment d'être méchante); ainsi qu'en décrivant la nature opaque des états mentaux (il lui est relativement possible de cacher à son conjoint comment elle se sent réellement).

13. Manipulation consciente d'états mentaux dans un contexte de maltraitance

Exemple N

« Mais de nous dire qu'il nous aimait, de nous prendre dans ses bras, ça il ne l'a pratiquement jamais fait. Ou quand il le faisait, il avait pris de la boisson ça fait qu'il était... c'était juste dans ce temps-là qu'il nous le disait. Mais moi, quand je le voyais comme ça, j'aimais mieux ne pas le croire, tu sais, dans le fond, c'est pas comme ça que mon père je voulais qu'il soit. »

Il est possible de consciemment modifier ses états mentaux dans l'optique de réduire ses affects négatifs. La participante de l'exemple N fait preuve de mentalisation en élaborant sur la façon avec laquelle elle parvenait à délibérément manipuler ses états mentaux en lien avec son vécu de négligence afin de parvenir à maintenir une image positive de son père alors qu'elle était enfant.



14. Élaboration de la perspective de la personne maltraitante

Exemple O

« Ah, des fois je pouvais être là en train d'étudier ou de préparer mes travaux et elle me piquait une crise sans raison valable. C'est comme si... mais aujourd'hui je comprends. Elle vivait une période de frustration avec son mari, parce que lui il n'était pas là, il ne s'occupait pas de ses enfants ok, puis c'est moi qui payais la note. Moi c'est comme ça que je le vois aujourd'hui. Tu vois ? Parce que des fois j'y réfléchis puis j'y pense et je me dis qu'il n'y avait pas vraiment de raison. Ok ? Fait que c'est comme si ses frustrations, c'est sur moi qu'elle les passait. »

Exemple P

« Ça (attouchements du père) ne s'est jamais reproduit. Puis je ne sais même pas s'il le sait, s'il s'en souvient ou s'il pressent ça ou si c'est pour ça qu'il me donne tellement d'affaires ces temps-ci. On dirait qu'il se sent coupable de quelque chose [...] mais je ne sais même pas s'il se souvient de cette journée-là, parce qu'il était saoul, ou si eeeh, je ne le sais pas. »

Une tentative explicite d'élaborer les états mentaux d'autrui à l'origine de ses comportements est une forme de mentalisation difficile à soutenir dans le contexte particulier de la maltraitance puisque cela implique de se mettre à la place de la personne maltraitante. Dans les deux exemples précédents, les participantes tentent d'attribuer à leur parent maltraitant des états mentaux plausibles. De plus, la participante O considérant qu'elle n'était pas la source de la frustration de sa mère et la participante P considérant que la générosité actuelle de son père provient possiblement d'un sentiment de culpabilité qui remonte à l'abus, les deux participantes entrevoyent la possibilité que les comportements et états mentaux de leur parent prennent origine dans d'autres éléments non-observables dans la situation.

15. Prise de conscience de la réalité subjective de l'autre face au dévoilement d'une situation de maltraitance

Exemple Q

« [...] j'ai parlé de l'abus à mes parents. J'étais capable de leur dire ces choses-là. Sauf que je me souviens qu'ils s'étaient choqués parce que, pas choqués après moi, mais c'est comme... Même moi je l'ai vécu la semaine passée avec ma fille puis j'étais devenue toute énervée puis, je me suis souvenue de ma mésaventure. Puis, j'ai dit à ma fille qu'elle avait bien agi puis qu'eux (exhibitionnistes) aient fait ça en tant que tel, non. Je me souviens qu'ils (ses propres parents) s'étaient énervés puis qu'ils m'avaient demandé de quoi il avait l'air, je sentais qu'ils perdaient



le contrôle [...] Je trouve que j'ai mieux agi moi la semaine passée qu'on a pu agir avec moi quand j'étais toute petite. »

Exemple R

« Ça m'affecte. Moi quand je vois quelqu'un en train de tabasser ou faire un cas à une petite fille, j'ai tout de suite le goût de me jeter dessus. Oui. Je peux voir ça. Puis c'est ça, ma fille peut-être qu'ils vont dire que je la gâte un peu. Moi j'essaie de la faire raisonner, parce que dans ma tête à moi j'aurais pu comprendre s'ils m'avaient parlé en langage de petite fille, que de me tabasser là. »

Exemple S

« [...] il est arrivé des attouchements sexuels et mes cousines et moi nous avons réussi à nous enfuir [...] Mais ma mère n'était pas là. Puis quand elle m'a entendue crier finalement, elle est descendue « qu'est-ce qui se passe là ? ». Je lui ai tout expliqué, mais j'ai pas l'impression qu'elle prenait ça à cœur – pour moi c'était grave ce qui venait de se passer, je ne comprenais rien et j'avais peur puis ma mère bon : « Tu vois, ça va passer, ça va passer ». Finalement c'est l'une de mes tantes qui a fait venir la police, mais ma mère elle n'a jamais, jamais rien fait puis ça me frustrait. Je me souviens d'être frustrée, que ma mère ne s'implique pas là-dedans puis qu'elle ne réalise pas que moi il m'était arrivé quelque chose puis que – elle essayait de camoufler ça ou je ne le sais pas trop. »

Dans les trois exemples précédents, les participants revisitent la réaction de leur mère face à leur vécu de maltraitance et s'imaginent ce qu'aurait été une réponse réflexive. Pour se faire, elles se remémorent, avec leur regard d'enfant, ces situations hautement conflictuelles. Cet effort délibéré visant à s'immerger dans ce qu'elles ressentaient comme enfant représente un processus réflexif complexe en ce sens qu'il leur permet en retour de les aiguiller sur la meilleure façon d'agir aujourd'hui auprès de leur propre enfant.

16. Prise de conscience de la réalité subjective du thérapeute face au dévoilement d'une situation de maltraitance

Exemple T

« J'imagine que ça vous trouble d'entendre ça. Ça doit être difficile pour vous aussi cette entrevue. »

Dans l'exemple précédent, la participante fait référence à l'impact que son discours semble avoir sur l'interviewer. Sans que ce processus réflexif soit d'une grande complexité, nous avons observé qu'un tel accordage émotionnel avec l'interviewer s'avère plutôt rare lorsque le thème de la maltraitance est discuté en entrevue.



CONCLUSION

La plupart des approches psychothérapeutiques visent essentiellement à aider les individus à mieux comprendre leurs difficultés et leurs comportements problématiques dans l'optique de les aider à acquérir un meilleur contrôle sur ceux-ci. En d'autres mots, les interventions cliniques visent fondamentalement à promouvoir la mentalisation. Une mentalisation efficiente est essentielle puisqu'elle favoriserait la régulation des émotions (Bouchard et al., 2008; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy & Target, 1997; Fonagy, et al., 2002). Dans le numéro 2 du Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, nous avons décrit les principaux échecs de mentalisation observés dans le discours des mères victimes de maltraitance durant l'enfance. Nous considérons que ces dysfonctions dans la capacité réflexive requièrent une attention immédiate lorsqu'elles se présentent.

Un risque existe cependant si la mentalisation est adressée brutalement, de façon déconnectée des autres dimensions qui fondent la résilience (ex. le temps nécessaire à l'intégration, la connexion émotionnelle durant la mentalisation), faute de quoi ces efforts thérapeutiques risquent de résulter en une intellectualisation des récits de vie ou des effondrements psychiques. Nous croyons que la mentalisation doit être considérée à la fois comme une cible et un outil d'intervention et que le travail de mentalisation du trauma doit obligatoirement s'opérer au sein d'une relation thérapeutique stable et sécurisante.

Il apparaît essentiel d'identifier les indices dénotant une mentalisation efficiente et de favoriser l'essor de ces efforts réflexifs puisqu'une capacité de mentalisation préservée (1) est conceptuellement associée à la résilience suite au trauma, (2) accroît l'efficacité des interventions cliniques, (3) ouvre la voie à des interventions thérapeutiques plus complexes susceptibles d'amener des changements en profondeur chez l'individu, et (4) permet d'interrompre les cycles intergénérationnels de maltraitance. Compte tenu du rôle clé de la mentalisation dans des contextes traumatiques et de son rôle central dans l'aménagement des cycles intergénérationnels de maltraitance (Allen, 2013; Allen et al., 2008), une importante prochaine étape concernera l'établissement de modèles d'intervention préventive auprès de futurs parents rapportant un vécu de maltraitance durant l'enfance.



RÉFÉRENCES

- Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, USA: *American Psychiatric Publishing*.
- Avery, L., Hutchinson, D., Whitaker, K.. (2002). Domestic violence and intergenerational rates of child sexual abuse: A case record analysis. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 10, 77-90.
- Berthelot, N., Langevin, R., & Hébert, M. (2012). L'association entre la victimisation sexuelle dans l'enfance de la mère et les troubles de comportement chez l'enfant victime d'agression sexuelle. *Journal International de Victimologie*, 10, 8-20.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation. *Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles*, 131(1), 9-15.
- Bouchard, M.A., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L.M., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in adult attachment narratives: Reflective functioning, mental states, and affect elaboration compared. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66.
- Cicchetti, D. (1990). The organization and coherence of socioemotional, cognitive, and representational development: illustrations through a developmental psychopathology perspective on Down syndrome and child maltreatment. In R. Thompson (Ed.), *Socioemotional development*. Nebraska symposium on motivation (pp. 259-279). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Collin-Vézina, D., & Cyr, M. (2003). La transmission de la violence sexuelle: description du phénomène et pistes de compréhension. *Child Abuse & Neglect*, 27, 489-507.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder, a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22, 4-21.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York : Other Press.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992. The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 231-257.
- Fonagy P. & Target M. (1997), Attachment and reflexive function: their role in self-organization, *Development and Psychopathology*, 1997, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective Functioning manual, Version 5.0, for application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.



- Fraiberg, S.H., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975/1983) Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421. Trad. fr.: Fraiberg, S.H., Adelson, E., Shapiro, V. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants. *Psychiatrie de l'Enfant*, XXVI, 57-98.
- George, C., Kaplan, M., & Main, M. (1985). Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Heyman, R.E., & Slep, A.M. (2002). Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and Family*, 64, 864-870.
- Holmes, J. (2006). *Mentalizing from a psychoanalytic perspective*. Dans J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization based treatment*. Chichester: Wiley.
- Leifer, M., Kilbane, T., Jacobsen, T., & Grossman, G. (2004). A three-generational study of transmission of risk for sexual abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 662-679.
- Oliver, J.E. (1993). Intergenerational transmission of child abuse: Rates, research, and clinical implications. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1315-1324.
- Steele, B.F. (1986). Notes on the lasting effects of early child abuse throughout the life cycle. *Child Abuse & Neglect*, 10, 283-291.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D., Risley-Curtis, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment: Continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 315-334.

LES SÉQUELLES CONJUGALES D'UNE AGRESSION SEXUELLE VÉCUE À L'ENFANCE OU À L'ADOLESCENCE

Marie-Pier Vaillancourt-Morel, Université Laval, Québec, Canada¹

Natacha Godbout, Université du Québec à Montréal, Québec, Canada

Stéphane Sabourin, Université Laval, Québec, Canada

Katherine Péloquin, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

John Wright, Clinique de Consultation Conjugale et Familiale Poitras-Wright, Côté, Québec, Canada - Université de Montréal, Québec, Canada

La présente étude traite des séquelles conjugales observées chez des victimes d'abus sexuel durant l'enfance ou à l'adolescence et qui consultent en psychothérapie individuelle ou de couple. Afin de mieux comprendre l'hétérogénéité des difficultés présentées à l'âge adulte, elle examine aussi plus spécifiquement le rôle des caractéristiques de l'abus sexuel. L'attention porte notamment sur trois indicateurs particuliers de la nature de la victimisation, soit le type d'abus, la proximité relationnelle avec l'agresseur et la fréquence de l'abus. L'échantillon se compose de 705 adultes en consultation pour des difficultés conjugales ou relationnelles ayant complété des questionnaires auto-administrés portant sur l'abus sexuel, l'ajustement dyadique, les conduites d'attachement adultes et la détresse psychologique. Les résultats indiquent que les caractéristiques des abus sexuels sont associées à des répercussions spécifiques à l'âge adulte. Précisément, les abus perpétrés par un membre de la famille ou s'accompagnant de pénétration anale ou vaginale sont associés à des taux plus élevés de représentations d'attachement empreintes d'insécurité, de détresse individuelle et de détresse conjugale. Les résultats soutiennent l'importance en milieu clinique d'une évaluation systématique des antécédents d'abus sexuel, des caractéristiques de l'abus et des répercussions spécifiques associées.

Mots clés: abus sexuel en enfance, ajustement conjugal, attachement, détresse psychologique.

Keywords: child sexual abuse, marital adjustment, attachment, psychological distress.

¹ Coordonnées complètes du premier auteur : Marie-Pier Vaillancourt-Morel - Laboratoire de recherche et d'intervention auprès du couple - Pavillon Félix-Antoine-Savard - 2325 rue des Bibliothèques - École de psychologie, Université Laval - Québec, Canada G1V 0A6 - Courriel : marie-pier.vaillancourt-morel.1@ulaval.ca - Téléphone : 418-656-2131 poste 8145



Abstract

This study examined the level of personal and marital distress reported by victims of child or adolescence sexual abuse who consult in individual or couple psychotherapy. The role of three particular characteristics of the sexual trauma (type of abuse, relational proximity with the abuser and frequency) was explored to better understand the heterogeneity of difficulties among survivors of childhood sexual trauma. A sample of 705 adults consulting for marital or relational problems completed measures of child or adolescent sexual abuse, dyadic adjustment, attachment and psychological distress. Results indicated that characteristics of sexual abuse are associated with specific effects in adulthood. Specifically, abuses perpetrated by a family member or accompanied by penetration anal or vaginal are associated with higher levels of attachment insecurities, as well as psychological and marital distress. Overall, the results support the importance of systematic evaluation of sexual abuse, characteristics of the abuse and related consequences in clinical setting.

Les séquelles des abus sexuels vécus à l'enfance ou à l'adolescence se manifestent souvent, à court terme, par des troubles internalisés (p. ex., anxiété, dépression, somatisation), externalisés (p. ex., agressivité, opposition, comportements sexuels problématiques) ou mixtes (Friedrich et al., 2001; Trickett et al., 2011). Le tableau clinique des survivants de trauma sexuel reste hétérogène et les variations sont associées, entre autres, aux caractéristiques sociodémographiques ou psychosociales des victimes (p. ex., âge et sexe de la victime, stratégies d'adaptation), à la gravité ou la chronicité des agressions subies, aux réponses parentales observées suite au dévoilement, aux autres formes de victimisation vécues et à la qualité des services psychosociaux reçus par l'enfant (p. ex., Dufour et al. 2000; Hébert, 2011). Ces conclusions sont fondées sur les résultats probants d'un ensemble d'études transversales et longitudinales et forment actuellement les bases d'un large consensus au sein de la communauté scientifique internationale (Gérard, 2005; Hébert, 2011; Putnam, 2003; Trickett et al., 2011).

Au long cours, ces effets semblent se maintenir à l'âge adulte et se manifestent via une symptomatologie complexe qui s'exprime avec force au sein des relations amoureuses (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Godbout, 2013). Cette prépondérance d'effets interpersonnels s'explique par la nécessité, à l'âge adulte, de réconcilier les tâches développementales liées à l'intimité et à la sexualité dans un contexte où les efforts de régulation émotionnelle à déployer sont parfois complexes. Les agressions sexuelles vécues en bas âge provoquent en effet un déséquilibre des systèmes neurobiologiques



qui amplifie la sensibilité aux situations de trahison, de honte et d'impuissance qui se produisent inévitablement à différentes étapes de la vie du couple (Trickett et al., 2011). Au surplus, les échanges sexuels reposent sur une transgression des frontières physiques de l'autre qui nécessite une métabolisation adéquate du désir et de l'agressivité (Kernberg, 1995). Ces caractéristiques des échanges sexuels adultes sont susceptibles de provoquer une réactivation ou une intensification des résidus des agressions sexuelles passées. Elles entraînent aussi une certaine confusion entre les sentiments de désir sexuel et les craintes d'exploitation (Stevens & Denis, 2009). Les séquelles d'agression sexuelle peuvent donc jouer un rôle-clé dans le processus de formation d'une union conjugale et le fragiliser. De fait, la documentation scientifique actuelle recense chez ces victimes des taux plus élevés de ruptures, de conduites infidèles, de violence conjugale et d'insatisfaction conjugale ou sexuelle (Liang et al., 2006; Meston et al., 2006; Rumstein-McKean & Hunsley, 2001; Watson & Halford, 2010; Whisman, 2006). Plus récemment, Miller et al. (2013) ont montré que ces difficultés conjugales persistent même en contrôlant l'effet des symptômes de stress post-traumatique et des traumatismes additionnels vécus à l'âge adulte.

Les données empiriques sur les répercussions conjugales d'une agression sexuelle vécue à l'enfance ou à l'adolescence sont cependant encore partielles et doivent être mieux documentées puisque le tableau clinique à l'âge adulte est encore plus complexe et hétérogène que celui observé peu de temps après l'agression sexuelle vécue à l'enfance. Encore une fois, plusieurs variables peuvent expliquer les variations (Davis & Petretic-Jackson, 2000; Zwickl & Merriman, 2011). Par exemple, Berthelot et ses collègues (sous presse) rapportent que ce n'est pas l'agression sexuelle en soi qui détermine la détresse conjugale des conjoints, mais surtout la gravité de ces abus. De plus, l'étude longitudinale de jeunes filles suivies sur une période de plus de vingt ans, menée par Trickett et al. (2011), révèle que, dans certain cas, les répercussions de l'abus sexuel émergent suivant un temps de latence traumatique pouvant aller de plusieurs mois à plusieurs années (7 à 10 ans suite au dévoilement). Cette étude longitudinale soutient ainsi la possibilité de séquelles subtiles pouvant resurgir lors d'événements personnels importants (première relation sexuelle, première relation conjugale, mariage, grossesse) et la présence de différentes trajectoires développementales des répercussions suite à l'abus sexuel durant l'enfance. Il est donc possible que les séquelles conjugales des abus sexuels subis durant l'enfance émergent au fil du temps ou s'inscrivent dans un réseau nomologique d'interactions avec d'autres variables. Cette hypothèse, fondée sur des données encore parcellaires, justifie la nécessité d'étudier les répercussions conjugales en tenant compte de facteurs pouvant modifier la trajectoire développementale des séquelles de l'abus.



Nos travaux précédents révèlent qu'au sein d'un échantillon d'adultes représentatifs de la population du Québec, les séquelles conjugales des agressions sexuelles vécues à l'enfance s'expliquent principalement par la présence de représentations d'attachement empreintes d'anxiété abandonnique et d'évitement de la proximité. Cette insécurité d'attachement se répercuterait ensuite sur la détresse psychologique de ces individus pour enfin infléchir la trajectoire de satisfaction conjugale (Godbout et al., 2006, 2007, 2009). Par contre, cette série d'études n'a pas mis en relief la présence d'un effet spécifique de la gravité des traumatismes sexuels subis (Godbout et al., 2009). Cette absence d'effet s'explique possiblement par le recours à un échantillon composé d'adultes de la communauté, chez qui la sévérité des abus est relativement moins marquée et par l'utilisation d'instruments de mesure qui ne tiennent peut-être pas suffisamment compte de la nature et de la fréquence des abus.

Quelques chercheurs soutiennent en effet, donnés empiriques à l'appui, que certaines caractéristiques de l'abus sexuel constituent des facteurs de risque du développement de difficultés conjugales à long terme. En général, en comparaison aux autres formes d'abus sexuel, les agressions sexuelles intrafamiliales sont associées à des taux plus élevés de difficultés conjugales, surtout lorsque ces abus s'accompagnent de pénétration anale ou vaginale (Fleming et al., 1999; Liang et al., 2006; Watson & Halford, 2010; Whiffen & Oliver, 2004; Whisman, 2006). Par exemple, Watson et Halford (2010), après avoir recruté un échantillon de 1335 femmes représentatives de la population féminine australienne, rapportent que si tous les types d'abus sexuel durant l'enfance sont associés à des problèmes conjugaux à l'âge adulte, les abus perpétrés par un membre de la famille s'accompagnent spécifiquement d'un risque plus élevé de séparation maritale et d'insatisfactions conjugales. Dans cette même ligne d'idée, Whisman (2006) souligne, en s'appuyant sur un vaste échantillon probabiliste de 5877 américains issus de la population générale, que l'abus sexuel avec pénétration est le seul trauma en enfance associé à la séparation et la satisfaction conjugale, et ce, indépendamment de la relation avec l'abuseur et du nombre d'abus subi. Fleming et al. (1999) rapportent qu'au sein d'un échantillon de 710 femmes représentatives de la population féminine australienne, l'abus sexuel impliquant la pénétration anale ou vaginale, en comparaison aux autres formes d'abus, est associé à des risques plus élevés de difficultés relationnelles ultérieures. Enfin, Liang et ses collègues (2006) se sont intéressés à la situation de 136 femmes américaines ayant vécu un abus sexuel durant l'enfance. Leurs résultats révèlent qu'en situation d'abus sexuel, la pénétration est associée à des taux plus élevés d'insatisfaction maritale que les autres types d'agression sexuelle. Le survol de ces études fait aussi ressortir que, jusqu'à présent, à l'âge adulte, l'association entre la fréquence des abus sexuels durant l'enfance et les séquelles conjugales à l'âge adulte n'a pas été suffisamment étudiée.



Pourtant, à l'enfance et à l'adolescence, la chronicité et la fréquence des gestes sexuels abusifs posés prédit la gravité des symptômes psychosociaux immédiats et les comportements sexuels inappropriés se développant peu de temps après les abus (Hébert, 2011).

En dépit d'une documentation scientifique de plus en plus convaincante, en psychothérapie individuelle ou de couple, l'évaluation systématique et précoce des séquelles d'agressions sexuelles vécues durant l'enfance ne constitue pas une pratique clinique standard ou universelle. En effet, en 1992, dans le cadre d'une enquête socioprofessionnelle d'envergure, Pruitt et Kappius observaient qu'un très petit nombre d'intervenants, établi à 17 %, s'emploient à déterminer si les patients adultes rencontrés ont subi des abus sexuels à l'enfance ou à l'adolescence. Ces chiffres sont d'autant plus préoccupants que les taux de dévoilement spontané d'un historique d'abus sexuel à des professionnels se situent à moins de 40 % (Briere & Runtz, 1987). En évoquant des problèmes déontologiques et un risque de retraumatisation, plusieurs cliniciens n'utilisent pas un protocole diagnostique rigoureux de l'abus sexuel (Black & Black, 2007). Cette décision, généralement prise de bonne foi, s'appuie sur le désir d'éviter d'exposer le patient à ses souvenirs traumatiques. Pourtant, les études indiquent que le dévoilement d'un abus sexuel dans un contexte supportant constitue une expérience positive, ce qui soutient que l'évaluation des traumatismes vécus durant l'enfance dans un contexte thérapeutique n'est pas une expérience qui retraumatise le patient (Becker-Blease, & Freyd, 2007; Black & Black, 2007). Le débat sur ces questions doit se poursuivre et cette discussion gagne à être nourrie par des données scientifiques supplémentaires permettant de circonscrire avec encore plus de précision, les séquelles individuelles et conjugales, à court et à long terme, des abus sexuels subis à des périodes critiques du développement.

Afin d'enrichir ces observations scientifiques, la présente étude traite des séquelles conjugales observées chez des victimes d'agression sexuelle durant l'enfance qui consultent en psychothérapie individuelle ou de couple à l'âge adulte. Ce type d'échantillon clinique permettra d'examiner plus spécifiquement le rôle de la fréquence des abus et de leur gravité dans la prédiction de l'ajustement psychologique et conjugal des victimes. En effet, les conséquences des agressions sexuelles répétées et/ou de grande sévérité devraient être plus faciles à identifier au sein de cette population (Godbout, 2013). Les résultats pourraient donc conduire les intervenants à de meilleures pratiques de dépistage des victimes à risque de séquelles conjugales significatives et à une prise en charge plus efficace de ces situations. Dans ce contexte, le premier objectif de la présente étude est d'examiner la relation entre l'abus sexuel à l'enfance et l'ajustement intra- et interpersonnel à l'âge adulte sur le plan des représentations d'attachement, de la détresse psychologique et de la satisfaction conjugale. Le deuxième objectif est de déterminer le rôle des caractéristiques de



l'abus sexuel selon trois indicateurs particuliers soit le type d'abus (sans contact, attouchement, pénétration), la proximité relationnelle avec l'agresseur (inconnu, connaissance, membre de la famille, figure parentale) et la fréquence de l'abus (abus unique, quelques abus, abus chronique). Sur la base des études antérieures, nous émettons l'hypothèse que les abus s'accompagnant de pénétration ou perpétrés par un membre de la famille ainsi que la chronicité de ces abus seront associés à des taux plus élevés de détresse conjugale, de détresse psychologique et d'insécurité d'attachement chez les victimes. L'inclusion d'un groupe de comparaison composé de personnes ne rapportant pas d'abus sexuel et consultant eux aussi pour divers troubles de santé mentale constitue une force de la présente étude. Cette comparaison de la prévalence de la symptomatologie doit cependant être vue comme un test conservateur de notre hypothèse. En effet, ces difficultés personnelles et conjugales ne sont pas nécessairement spécifiques à l'abus sexuel et peuvent se développer en réaction à une grande variété de stressés récents ou lointains (Whiffen & Oliver, 2004; Whisman, 2006). Néanmoins, nos résultats apporteront un éclairage opportun sur nos connaissances à propos des conséquences à long terme des abus sexuels.

MÉTHODOLOGIE

Procédures et participants

Les participants sont recrutés dans deux centres de consultation psychologique de la province de Québec (Canada). Ces deux milieux ont comme mission d'offrir des services psychologiques à des individus vivant des difficultés conjugales ou relationnelles. Parmi tous les individus qui consultent à ces deux centres, ceux qui vivent ou qui ont vécu en union de fait ou qui sont ou ont été mariés sont invités à participer à la recherche. En conformité aux règles déontologiques de ces deux institutions, ces individus ont signé un formulaire de consentement éclairé. Ensuite, lors du début de l'évaluation psychologique, soit avant le début de la psychothérapie, ils ont répondu à un ensemble de questionnaires auto-administrés.

L'échantillon se compose de 705 individus âgés de 18 à 71 ans ($M = 39.81$; $É.T. = 10.96$), dont 387 femmes (54.89 %) et 318 hommes (45.11 %). Au sein de cet échantillon, 513 participants (72.77 %) consultent en thérapie de couple et 192 (27.23 %) en thérapie individuelle. En ce qui concerne leur état civil, 263 participants (37.30 %) sont mariés, 276 (39.15 %) sont en union de fait et 136 (19.29 %) sont célibataires. Le revenu annuel moyen de ces personnes se situe entre 50 000 \$CAN et 65 000 \$CAN (l'équivalent d'environ 35 000 à 45 000 euros). La durée moyenne de la relation conjugale rapportée par les participants s'établit à 12.82 ans ($É.T. = 10.77$) et le nombre d'enfants moyen est de 1.70 ($É.T. = 1.16$). Ils rapportent avoir vécu en moyenne 2.43 ($É.T. = 1.44$) relations conjugales significatives au cours de leur vie, incluant leur relation actuelle, le cas échéant.



Instruments de mesure

Les variables à l'étude sont opérationnalisées à l'aide de questionnaires auto-administrés. Afin de décrire l'échantillon, les participants ont aussi rempli un questionnaire portant sur des caractéristiques sociodémographiques.

La présence d'abus sexuel à l'enfance ou à l'adolescence est évaluée à l'aide de deux questions dichotomiques (oui/non): « Avez-vous déjà eu des contacts sexuels pendant votre enfance ou adolescence avec un adulte (parents, oncles, voisins, etc.) ou quelqu'un ayant 5 ans de plus que vous (frères, sœurs, voisins, amis, gardiennes, etc.)? » ou « Avez-vous déjà été abusé(e) sexuellement pendant votre enfance et/ou adolescence? ». Les participants ayant répondu positivement à l'une de ces questions sont invités à préciser les caractéristiques de cet abus sexuel, soit l'âge lors du premier et du dernier abus, la proximité relationnelle avec l'abuseur, le type d'abus sexuel subi, la fréquence et la durée des abus et la présence de violence ou force physique lors des abus. La proximité relationnelle avec l'agresseur est évaluée sur une échelle qui comprend les points d'ancrage suivants : 0 (pas d'abus), 1 (inconnu), 2 (connaissance: ami(e) de la famille, voisin, professeur), 3 (membre de la famille: cousin, oncle, tante, grand-père, frère, sœur), à 4 (figure parentale: père naturel ou adoptif, mère naturelle ou adoptive, conjoint(e) de la mère, conjoint(e) du père). Le caractère intrusif de l'abus sexuel est déterminé à l'aide de l'échelle suivante : 0 (pas d'abus), 1 (sans contact: propositions verbales pour des actes sexuels, victimes de voyeurisme ou d'exhibitionnisme, obligation de regarder des scènes sexuelles), 2 (attouchement: attouchement sexuel subi ou que la victime a été forcée de pratiquer avec l'abuseur), à 3 (pénétration: relation vaginale ou anale). La fréquence des abus est évaluée sur une échelle en quatre catégories : 0 (pas d'abus), 1 (épisode unique: 1), 2 (quelques épisodes: de 2 à 5), à 3 (chronique: plus de 6). Pour les participants rapportant plus d'un abuseur ou plus d'un type d'abus subi, le contact ou l'abuseur le plus intrusif est retenu.

La détresse psychologique est évaluée à l'aide de l'Index de Symptômes Psychiatriques (Psychiatric Symptom Index; Ilfeld, 1976; traduit en français par Prévile et al., 1992). Ce questionnaire comprend 29 items évaluant les symptômes de détresse psychologique (dépression, anxiété, irritabilité, problèmes cognitifs) au cours des sept derniers jours. Le résultat total est rapporté sur une échelle de 0 à 100 et plus le résultat de l'individu s'approche de zéro, plus il se décrit comme ayant une bonne santé psychologique. Un résultat total supérieur à 30 suggère que l'individu présente un niveau élevé de symptomatologie (Boyer et al., 1993). L'indice de cohérence interne de la version française (coefficients alpha variant entre .73 à .87) est similaire à celui de la version originale (Prévile et al., 1992). La valeur du alpha de Cronbach dans la présente étude est de .94.

Les conduites d'attachement adultes sont évaluées à l'aide du Questionnaire sur les expériences d'attachement amoureux (Experiences in Close Relationships; Brennan et al., 1998; traduit en français par Lafontaine & Lussier, 2003). Cet outil comportant 36 items permet de mesurer deux dimensions de l'attachement amoureux soit l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. La dimension d'anxiété face à l'abandon permet de cerner les représentations cognitives que l'individu a de soi et réfère aux préoccupations d'abandon ou de rejet dans la relation amoureuse. La dimension d'évitement de l'intimité permet de cibler les représentations cognitives que l'individu a de ses partenaires amoureux et représente le niveau d'autosuffisance, d'inconfort vis-à-vis de l'intimité et d'interdépendance amoureuse. Un résultat total supérieur à 3.5 sur la dimension d'anxiété face à l'abandon et 2.5 sur la dimension d'évitement de l'intimité révèle un niveau élevé de cette dimension d'attachement dans les représentations internes de l'individu (Brassard et al., 2012). Les items sont mesurés sur une échelle de type Likert en 7 points (1 = fortement en désaccord, 7 = fortement en accord). Un score élevé indique un niveau plus sévère d'anxiété d'abandon ou d'évitement de l'intimité. La version francophone possède une cohérence interne satisfaisante variant de .86 à .92 et sa validité convergente et discriminante ont été démontrées dans plusieurs études (Lafontaine & Lussier, 2003; Godbout et al., 2009). La valeur du alpha de Cronbach dans la présente étude est de .91 pour l'anxiété d'abandon et de .87 pour l'évitement de l'intimité.

L'ajustement dyadique est évalué à l'aide de l'Échelle d'ajustement dyadique (Spanier, 1976; traduit en français par Baillargeon et al., 1986). Ce questionnaire comportant 32 items permet d'évaluer le degré de satisfaction conjugale des participants en fournissant un résultat total d'ajustement dyadique variant entre 0 et 151. En ce qui concerne l'interprétation, plus le résultat total est élevé et plus l'individu est considéré satisfait de sa relation. Généralement, un résultat individuel plus grand ou égal à 100 est utilisé afin de différencier les individus insatisfaits de ceux satisfaits de leur relation. La consistance interne de l'instrument (coefficients alpha variant entre .91 à .96) ainsi que la validité convergente et discriminante de la version française ont été démontrées dans diverses études (Sabourin et al., 2005). Dans la présente étude, la valeur du alpha de Cronbach pour le résultat total d'ajustement dyadique est de .92.

RÉSULTATS

Le taux de prévalence des traumatismes sexuels durant l'enfance au sein de l'échantillon s'élève à 15.32 % (n = 108), et il est plus précisément de 21.71 % (n = 84) chez les femmes et 7.55 % (n = 24) chez les hommes. Le premier abus est survenu en moyenne à l'âge de 9.55 ans (É.T. = 4.06). En ce qui concerne la durée des abus sexuels, 40.74 % des victimes (n = 44) ont subi les abus durant moins d'un mois, 26.85 % (n = 29) durant



plus d'un mois, mais moins d'un an, tandis que 28.70 % des victimes (n = 31) les ont subis pendant plus d'un an. Chez 15.74 % des victimes (n = 17), les contacts sexuels s'accompagnaient de l'utilisation de la force ou de violence physique. Dans 41.67 % des situations (n = 45), la victime rapporte un épisode unique, 28.70 % (n = 31), quelques épisodes et 29.63 % (n = 32), des abus chroniques. Pour ce qui est du type d'abus sexuel subi, 7.41 % (n = 8) des victimes ont vécu un abus sans contact, 79.63 % (n = 86) avec attouchements et 12.04 % (n = 13) ont subi une pénétration. Quant à la proximité relationnelle avec l'agresseur, dans 11.11 % des cas (n = 12), l'agresseur était un étranger et dans 36.11 % des cas (n = 39), il était une connaissance. Enfin, l'agresseur était un membre de la famille dans 38.89 % des situations (n = 42) et une figure parentale dans 13.89 % de ces situations (n = 15).

Des analyses préliminaires sont effectuées afin de comparer les victimes d'abus sexuels durant l'enfance et les participants non abusés au plan de leurs caractéristiques sociodémographiques (tests du chi-carré et tests-t pour échantillons indépendants). Les analyses de comparaison n'indiquent aucune différence significative entre les deux groupes (âge, état civil, revenu annuel, durée de la relation conjugale, nombre d'enfants, nombre de relations conjugales significatives passées). Des tests de comparaison de moyennes (tests-t pour échantillons indépendants) sont effectués afin de comparer les victimes d'abus sexuels durant l'enfance et les participants non abusés sur leur niveau de détresse psychologique, leur attachement et leur satisfaction conjugale (voir Tableau 1).

Tableau 1. **Comparaison entre les victimes d'abus sexuel durant l'enfance et les participants non abusés sur la détresse psychologique, l'attachement et l'ajustement dyadique.**

| Variables | Aucun abus sexuel | Abus sexuel | t |
|-------------------------|-------------------|---------------|----------|
| | n = 540 à 557 | n = 106 à 107 | |
| | M (É.T.) | M (É.T.) | |
| Détresse psychologique | 29.81 (17.52) | 32.48 (19.10) | -1.43 ns |
| Évitement de l'intimité | 2.67 (.87) | 2.78 (.98) | -1.10 ns |
| Anxiété abandonnique | 3.70 (1.07) | 3.92 (1.33) | -1.60 ns |
| Ajustement dyadique | 87.72 (20.61) | 85.23 (21.76) | 1.13 ns |

Note. ns = non-significatif

Les résultats révèlent que les moyennes de détresse psychologique, d'anxiété abandonnique, d'évitement de l'intimité et d'ajustement dyadique des victimes d'abus sexuels ne diffèrent pas significativement de ceux



des participants non abusés qui consultent eux aussi pour des troubles de santé mentale. Sur la base des seuils identifiés pour chaque outil, 48.15 % des victimes d'abus sexuel durant l'enfance (vs 41.65 % chez les non-abusés) présentent un degré élevé de détresse psychologique ($X^2(1) = 1.56$, $p = .21$), 67.29 % (vs 55.71 % des non-abusés), un niveau élevé d'anxiété abandonnique ($X^2(1) = 3.40$, $p = .07$), 55.14 % (vs 56.44 % des non-abusés) et un taux élevé d'évitement de l'intimité ($X^2(1) = .06$, $p = .80$). En ce qui concerne l'ajustement dyadique, 72.64 % des victimes d'abus sexuel durant l'enfance (vs 67.96 % des non-abusés) présentent un niveau élevé de détresse conjugale ($X^2(1) = .90$, $p = .36$).

Afin de comparer les victimes d'abus sexuels selon les caractéristiques de l'abus (relation avec l'abuseur, type et fréquence des abus) sur les trois variables dépendantes (détresse psychologique, attachement adulte, satisfaction conjugale), des analyses de variance univariées (ANOVA) sont ensuite menées. Les résultats qui sont significatifs représentent des effets de petite taille tel qu'évalué par l'éta carré (η^2) ; ces effets sont présentés dans chaque tableau (Cohen, 1988). Des tests de comparaisons multiples avec ajustement de l'erreur (LSD de Fisher) sont ensuite réalisés afin de localiser les différences significatives.

Tableau 2. **Comparaison entre les victimes d'abus sexuel durant l'enfance et les participants non abusés selon la relation avec l'abuseur.**

| Variables | Aucun abus sexuel | Abus sexuel selon la relation avec l'abuseur | | | | F | η^2 |
|-------------------------|-------------------|--|----------------------|----------------------|--------------------|------------|----------|
| | n = 540 à 557 | Inconnu | Connaissance | Famille | Parent | | |
| | | n = 11 à 12 | n = 38 à 39 | n = 41 à 42 | n = 15 | | |
| | M (É.T.) | M (É.T.) | M (É.T.) | M (É.T.) | M (É.T.) | | |
| Détresse psychologique | 29.81 (17.52) | 24.23 (13.48) a | 31.51 (20.57) a,b | 32.87 (19.36) a,b | 40.54 (16.34) b | 1.97* | .01 |
| Évitement de l'intimité | 2.67 (.87) a | 2.39 (.96) a | 2.59 (.76) a | 2.91 (1.09) a,b | 3.17 (1.00) b | 2.31* | .01 |
| Anxiété abandonnique | 3.70 (1.07) | 3.94 (1.16) | 3.84 (1.24) | 3.86 (1.45) | 4.26 (1.38) | 1.28 ns | |
| Ajustement dyadique | 87.72 (20.61) | 86.10 (21.77) | 87.69 (22.22) | 82.80 (20.29) | 84.80 (25.71) | .60 ns | |

Note. Les moyennes présentant des lettres distinctes diffèrent significativement à $p < .05$.
ns = non-significatif. * $p < .05$.

En ce qui concerne la proximité relationnelle avec l'abuseur (voir Tableau 2), les résultats révèlent que les victimes ayant subi un abus sexuel commis par une figure parentale présentent des taux de détresse psychologique et d'anxiété abandonnique plus élevés que les participants non abusés. Ce sous-groupe de victimes présente également davantage de détresse psychologique que les victimes ayant subi un abus sexuel par un inconnu et davantage d'évitement de l'intimité que les victimes ayant subi un abus sexuel par un inconnu ou une connaissance.



Tableau 3. Comparaison entre les victimes d'abus sexuel durant l'enfance et les participants non abusés selon le type d'abus sexuels.

| Variables | Aucun abus sexuel | Abus sexuel selon le type d'abus | | | F | η ² |
|-------------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------|---------|----------------|
| | n = 540 à 557 | Sans contact | Attouchement | Pénétration | | |
| | | M (É.T.) | M (É.T.) | M (É.T.) | | |
| Détresse psychologique | 29.81 (17.52) a | 25.72 (17.72) a | 32.01 (17.78) a,b | 41.03 (26.38) b | 2.17* | .01 |
| Évitement de l'intimité | 2.67 (.87) a | 2.44 (.80) a | 2.68 (.92) a | 3.54 (1.16) b | 4.37** | .02 |
| Anxiété abandonnique | 3.70 (1.07) a | 3.90 (1.17) a,b | 3.83 (1.30) a,b | 4.42 (1.60) b | 2.10* | .01 |
| Ajustement dyadique | 87.72 (20.61) a | 88.63 (24.80) a | 88.35 (20.51) a | 65.08 (17.18) b | 5.20*** | .02 |

Note. Les moyennes présentant des lettres distinctes diffèrent significativement à $p < .05$. ns = non-significatif. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Sur le plan du type d'abus sexuel subi (voir Tableau 3), les résultats indiquent que les victimes ayant subi un abus sexuel avec pénétration anale ou vaginale sont moins satisfaites de leur relation conjugale et ont un niveau d'évitement de l'intimité plus élevé que les participants non abusés et que les autres victimes d'abus sexuel. Le sous-groupe de victimes avec pénétration présente également des taux de détresse psychologique et d'anxiété abandonnique plus élevés que les participants non abusés. Ces victimes rapportent davantage de détresse psychologique que les victimes d'abus sans contact et plus d'anxiété abandonnique que les victimes d'abus sans contact ou avec attouchement.

Enfin, en ce qui concerne la fréquence des abus sexuels subis (voir Tableau 4), les résultats montrent que les victimes d'abus sexuels chroniques présentent un degré de détresse psychologique plus élevé que les participants non abusés et que les autres victimes d'abus sexuel durant l'enfance (i.e.: épisode unique, quelques fois).

Tableau 4. Comparaison entre les victimes d'abus sexuel durant l'enfance et les participants non abusés selon la fréquence des abus sexuels.

| Variables | Aucun abus sexuel | Abus sexuel selon la fréquence des abus | | | F | η ² |
|-------------------------|--------------------|---|--------------------|--------------------|---------|----------------|
| | n = 540 à 557 | Unique | Quelques fois | Chronique | | |
| | | M (É.T.) | M (É.T.) | M (É.T.) | | |
| Détresse psychologique | 29.81 (17.52) a | 29.27 (19.23) a | 29.66 (17.65) a | 39.73 (18.86) b | 3.23* | .01 |
| Évitement de l'intimité | 2.67 (.87) | 2.80 (.89) | 2.65 (.85) | 2.86 (1.21) | .80 ns | |
| Anxiété abandonnique | 3.70 (1.07) | 3.99 (1.09) | 3.77 (1.47) | 3.96 (1.51) | 1.38 ns | |
| Ajustement dyadique | 87.72 (20.61) | 85.14 (22.03) | 86.65 (18.64) | 83.94 (24.70) | .51 ns | |

Note. Les moyennes présentant des lettres distinctes diffèrent significativement à $p < .05$. ns = non-significatif. * $p < .05$.



CONCLUSION

Tout d'abord, les résultats portant sur l'effet des caractéristiques de l'abus sexuel subi confirment la nécessité d'explorer les répercussions des abus sexuels en tenant compte de leurs spécificités. Ils indiquent qu'en comparaison aux patients non-abusés ainsi qu'aux autres victimes, les victimes ayant vécu un abus perpétré par une figure parentale affichent des taux supérieurs de détresse psychologique ainsi que davantage de représentations d'attachement empreintes d'insécurité. Quant à la fréquence des abus sexuels subis, les victimes d'abus chroniques rapportent significativement plus de détresse psychologique que les patients n'ayant pas subi d'abus et que les victimes ayant subi un ou quelques abus. Sur le plan du type d'abus sexuel subi, les résultats indiquent que les victimes ayant vécu un abus avec pénétration anale ou vaginale présentent davantage de détresse psychologique et conjugale ainsi que des représentations d'attachement plus fortement empreintes d'insécurité. En effet, ce type d'abus sexuel intrusif semble avoir un effet important sur les répercussions notées à l'âge adulte. Ces victimes présentent une détresse conjugale et un évitement de l'intimité plus élevés que tous les autres participants (non-abusés et autres victimes). L'ensemble de ces résultats converge avec ceux d'études antérieures s'étant intéressées aux caractéristiques de l'abus qui suggèrent qu'une victime d'abus sexuels perpétrés par une figure parentale (Noll et al., 2003, Watson & Halford, 2010), avec pénétration (Briere & Elliot, 2003) ou chroniques (Steel et al., 2004) vivra à l'âge adulte des répercussions intra- et interpersonnelles plus sévères que les autres.

Nos résultats indiquent aussi que les répercussions de l'abus sexuel en bas âge sur l'ajustement dyadique ultérieur s'expriment surtout par le biais d'effets d'interaction. Elles exigent donc une évaluation approfondie. En effet, les répercussions sur le plan de l'ajustement dyadique sont observables seulement lorsque l'aspect intrusif de l'abus sexuel subi est pris en considération. Ces résultats confirment ceux de l'étude de Berthelot et ses collègues (sous presse), menée auprès de patients qui consultent en thérapie sexuelle, indiquant que seuls les abus impliquant la pénétration sont associés à des difficultés conjugales accrues. Ces résultats soutiennent également l'hypothèse globale du modèle théorique présenté par Godbout et al. (2006; 2007; 2009), soit que l'association entre l'abus sexuel durant l'enfance et l'ajustement dyadique ultérieur est indirecte, subtile et complexe. Ainsi, compte tenu de cette complexité, il est crucial d'adopter un modèle théorico-clinique qui tienne compte simultanément de plusieurs variables permettant d'expliquer la diversité ainsi que l'intensité des symptômes vécus par les victimes à différentes étapes de leur développement.



Certaines hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ces résultats. D'un point de vue clinique, les gestes sexuels posés par une personne dont le statut implique affection, protection et soins peuvent susciter davantage d'émotions contradictoires ou ambivalentes (p. ex., plaisir, amour, honte, culpabilité, trahison, colère). Ils suscitent aussi de grandes difficultés à concilier l'image d'un parent abuseur et la représentation d'un parent protecteur et affectueux. Ainsi pour s'adapter adéquatement à l'abus sexuel, l'enfant fait face à de grandes ambiguïtés. Par exemple, il peut être indécis face au dévoilement ou vivre des sentiments contradictoires de colère refoulée et d'amour envers le parent abuseur. Ce type de réaction chez les adultes victimes d'abus sexuel durant l'enfance fait référence au processus d'échec de mentalisation à l'égard d'une expérience traumatique. Ce concept est bien illustré dans l'étude qualitative de Berthelot et ses collègues (2013) rapportant des discours d'adultes victimes de maltraitance durant l'enfance ayant de la difficulté à mentaliser adéquatement l'expérience abusive. De plus, l'abus perpétré par une figure parentale implique fréquemment négligence ou absence de protection du parent non-abuseur pouvant augmenter le sentiment de trahison et des représentations négatives de soi et des autres. Ainsi, l'enfant peut avoir à composer avec la perte du sentiment de sécurité au sein de son milieu familial, un sentiment qui est nécessaire au développement général de l'enfant, au développement spécifique d'un attachement sécurisant et à l'éventuelle formation d'une union amoureuse. En ce sens, un article récent de Godbout et ses collègues (sous presse) met en relief le rôle que jouent les figures d'attachement suite au trauma. Ils révèlent que, lorsque l'enfant ou l'adolescent dévoile un abus, la nature et la force du soutien parental se repercutent sur l'ajustement psychosocial ultérieur.

L'abus avec pénétration consiste en une violation physique très intrusive du corps de l'enfant ou de l'adolescent. La victime n'a généralement pas atteint le niveau de développement psycho-sexuel ou obtenu une éducation sexuelle lui permettant de comprendre ce qu'est une pénétration, les sensations physiques engendrées par cet abus sexuel et l'abus sévère qu'il vient de subir. Ainsi, l'abus avec pénétration risque de susciter beaucoup d'incompréhension ou d'impuissance, d'être associé à des douleurs physiques intenses et d'augmenter fortement le stress émotionnel vécu par l'enfant. Les victimes de ce type d'abus ont possiblement plus de risques de considérer leur corps et les activités sexuelles comme une source de douleur et non comme une source de plaisir. Ces victimes peuvent éventuellement concevoir l'acte sexuel complet comme une façon d'exercer une domination et une activité douloureuse et non comme une stratégie privilégiée d'expression d'amour, d'affection et d'optimisation du plaisir sexuel (Roller et al., 2009; Schwartz & Galperin, 2002). Les émotions vécues lors de l'abus sexuel s'associent alors à la pénétration et émergent de nouveau, des années plus tard, même au sein d'une relation sexuelle



non coercitive et consentante. Ainsi, compte tenu des spécificités de l'abus sexuel avec pénétration ou perpétré par une figure parentale, ces types d'abus semblent avoir un impact majeur sur la détresse intra- et interpersonnelle à l'âge adulte via différentes trajectoires développementales.

Les résultats de la présente étude n'indiquent aucune différence entre les taux de détresse psychologique, d'anxiété abandonnique, d'évitement de l'intimité et de détresse conjugale des victimes d'abus sexuel et ceux des patients n'ayant pas subi ce type d'abus. Ces résultats sont intéressants puisque les recherches s'étant intéressées aux répercussions intra et interpersonnelles menées auprès d'échantillons cliniques de victimes d'abus sexuel n'incluent généralement pas de groupes de comparaison composés d'individus présentant des difficultés conjugales ou relationnelles (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001; Whiffen & Oliver, 2004). Ces résultats soutiennent aussi les observations d'autres études cliniques n'ayant pas révélé d'association entre l'expérience d'abus sexuel en enfance et des séquelles conjugales (Nelson & Wampler, 2000; Berthelot et al., (sous presse). Il est probable que les participants issus d'échantillons cliniques se présentent avec des taux relativement élevés de détresse psychologique, d'insécurité d'attachement et de détresse conjugale, mais qu'ils aient développé ces séquelles via des trajectoires développementales différentes. Par exemple, les participants non-abusés ont pu subir d'autres formes de maltraitements infantiles telles que des abus physiques ou psychologiques. Des répercussions conjugales ont également été notées pour les autres formes de traumatismes en enfance (Whisman, 2006 ; Godbout, Dutton et al., 2009). Il est également possible que lors de la passation des questionnaires, certains participants du sous-groupe non-abusé n'aient pas, pour diverses raisons, dévoilé leur histoire d'abus sexuel vécu durant l'enfance. En effet, plusieurs facteurs peuvent rendre le dévoilement de ces abus particulièrement difficile. Parmi ceux-ci, les participants se sentent parfois responsables de l'abus, peuvent avoir peur de la stigmatisation ou craindre une reviviscence des symptômes associés. Ils peuvent aussi éviter d'éventuelles réactions maladroitement ou négatives du partenaire conjugal qui ne serait pas informé de cette maltraitance passée. Par ailleurs, certaines personnes ne conçoivent pas les gestes sexuels posés comme un abus sexuel et ils ne les mentionnent tout simplement pas. Plusieurs ne dévoileront jamais ces gestes à l'intervenant parce qu'ils estiment qu'ils n'en gardent pas de séquelles ou parce que ces répercussions se sont, avec le temps, estompées. Enfin, le dévoilement peut se produire à une étape ultérieure de la démarche de consultation, lorsque l'alliance thérapeutique est mieux établie.

Par ailleurs, même si les répercussions psychosociales sur le plan de la détresse psychologique, des représentations d'attachement et de la détresse conjugale ne sont pas spécifiques aux victimes d'abus sexuel durant l'enfance, ces séquelles sont sévères et ont des répercussions



importantes sur leur santé mentale et sur leur détresse conjugale. En effet, les résultats démontrent qu'une large proportion (48 % à 73 %) des victimes d'abus sexuel durant l'enfance présente des taux très importants, c'est-à-dire au-dessus du seuil clinique, de détresse psychologique, conjugale ou de représentations d'attachements empreintes d'insécurité. Ces répercussions négatives sont d'autant plus délétères qu'elles peuvent avoir des conséquences sur les proches de la victime et sur leur famille. En effet, quelques études ont documenté la présence d'un processus de traumatisme secondaire dans lequel les partenaires conjugaux des victimes d'abus sexuel durant l'enfance affichent une détresse psychologique aussi importante que les victimes (Nelson & Wampler, 2000). D'autres études ont révélé une association entre l'abus sexuel durant l'enfance, des difficultés familiales, de pauvres aptitudes parentales ainsi que des attitudes et comportements parentaux problématiques (Rumstein-McKean & Hunsley, 2001; Trickett et al., 2011). Ces études suggèrent des difficultés importantes des victimes non seulement au plan conjugal, mais également aux plans parental et familial.

Implications

De manière générale, les résultats de la présente étude soutiennent l'importance pour les victimes d'abus sexuel durant l'enfance d'avoir accès à des services psychologiques puisque les séquelles sont sévères, cliniquement significatives et durables. Nos données suggèrent également l'utilité d'évaluer non seulement les antécédents d'abus sexuel durant l'enfance ou à l'adolescence avant le début d'un traitement psychologique, mais également les caractéristiques de l'abus sexuel. En effet, même si l'abus sexuel constitue un stressor lointain, difficile à cerner, il est important d'évaluer cet abus au sein des milieux cliniques offrant des services à une clientèle adulte et d'en tenir compte lors de l'établissement du plan de traitement afin d'augmenter la qualité du processus thérapeutique et l'efficacité des traitements offerts. Nos collègues américains, dans une étude portant sur le dévoilement de l'abus sexuel chez des enfants, montrent clairement que le taux de prévalence de l'abus sexuel quadruple (de 7% à 31%) lorsque le thérapeute questionne directement la présence d'un abus sexuel (Lanktree et al., 1991). Ainsi, les protocoles d'évaluation devraient considérer la présence d'abus sexuel durant l'enfance et les caractéristiques de l'abus, et ce autant en thérapie individuelle que conjugale. De plus, compte tenu des réticences associées au dévoilement d'un abus sexuel durant l'enfance, il semble nécessaire de prôner une évaluation multi-méthodes, par exemple, l'utilisation d'entrevues directes et de questionnaires auto-administrés.

Suite à l'évaluation de l'abus sexuel et de ses caractéristiques, l'intervenant gagne à être particulièrement attentif aux répercussions à l'âge adulte associées aux caractéristiques de l'abus afin de planifier le traitement en fonction des difficultés présentées. Par exemple, les résultats de la pré-





sente étude suggèrent l'importance d'examiner de manière approfondie les difficultés conjugales que peut présenter un patient ayant subi un abus sexuel avec pénétration. L'intervenant doit donc opter pour une intervention thérapeutique qui prend en considération l'abus sexuel subi ainsi qu'adapter ses attentes et son niveau de progression thérapeutique (Cloitre et al., 2006). Compte tenu de l'association entre certaines caractéristiques de l'abus sexuel durant l'enfance et des séquelles psycho-relationnelles spécifiques, il apparaît aussi indispensable d'agir en prévention suite à l'abus sexuel afin de minimiser le risque de telles séquelles à l'âge adulte. Par exemple, il serait pertinent d'intervenir en prévention auprès des victimes d'abus sexuel perpétré par une figure parentale afin de prévenir les conséquences négatives associées à l'insécurité d'attachement à l'âge adulte et de tenir compte des schémas d'attachement des victimes qui risquent d'être activés au sein de la relation thérapeutique. Il peut également être utile d'offrir aux victimes d'abus sexuel une évaluation multidimensionnelle répétée lors de diverses transitions développementales telles que la puberté, la formation d'une union conjugale ou la maternité. Ces suivis pourraient permettre de dépister les effets dormants de l'abus et prévenir la cristallisation de séquelles sévères.

Limites de l'étude et pistes de recherches futures

Les résultats présentés doivent être interprétés en considérant certaines limites inhérentes au protocole de recherche adopté. Tout d'abord, l'utilisation de questionnaires auto-rapportés constitue une limite à la présente étude. Ce type d'outil peut simplifier les difficultés évaluées et empêche l'évaluation en profondeur de certains aspects des phénomènes examinés. De plus, la mesure rétrospective de l'abus sexuel peut entraîner des distorsions dans le rappel de l'abus vécu, particulièrement lorsque le traumatisme est subi dans la petite enfance. Une autre limite a trait à la nature clinique de l'échantillon, c'est-à-dire que le sous-groupe de patients victimes d'abus sexuel durant l'enfance pourrait ne pas être représentatif de la population générale des victimes d'abus. En effet, la majorité des participants sont en couple, ce qui suggère que les victimes présentant des séquelles qui entravent fortement la formation ou la stabilité de l'union conjugale ne sont pas incluses dans cet échantillon. De plus, la faible proportion d'hommes victimes d'abus sexuel dans l'échantillon ne permettait pas de comparer les séquelles de l'abus sexuel selon le genre. Plusieurs facteurs autres que l'abus sexuel n'ont pas été mesurés dans la présente étude, mais peuvent avoir d'importantes répercussions psychosociales. Par exemple, la présence d'autres types de maltraitements infantiles telles que la violence physique ou la négligence ou le fait d'avoir participé à une autre psychothérapie par le passé n'ont pas été pris en compte.

Les futures études doivent continuer à s'appuyer sur des modèles théoriques complexes intégrant plusieurs variables (p. ex., Godbout et al., 2006; 2007; 2009). Le recours à de tels modèles aide à mieux comprendre les



répercussions de l'abus sexuel sur les relations de couple. Les modèles ultérieurs doivent systématiquement tenir compte des caractéristiques de l'abus sexuel, mais également d'autres caractéristiques de l'abus telles que l'âge de l'enfant lors de l'abus, le nombre d'agresseurs ou la présence de violence lors de l'abus. Ensuite, les nouvelles études pourraient mener à une analyse comparative mieux ciblée des répercussions chez l'homme et chez la femme afin de vérifier si les mêmes modèles se confirment ou si des répercussions différentes sont observées. Elles doivent également vérifier la présence de différentes formes de maltraitances infantiles afin d'étudier l'effet de traumatismes cumulatifs ou d'identifier la spécificité des répercussions de l'abus sexuel durant l'enfance. Enfin, l'association avec différents aspects de la relation conjugale doit également être effectuée. Par exemple, il est possible que les répercussions sur la satisfaction conjugale opèrent via l'incapacité à développer une intimité au sein d'une union conjugale ou via les répercussions de l'abus sur la sexualité. L'hypothèse des séquelles spécifiques sur la sexualité de l'abus sexuel durant l'enfance représente une hypothèse importante à vérifier à l'âge adulte puisque plusieurs spécialistes suggèrent l'existence de différentes trajectoires sexuelles possibles qui ont possiblement des conséquences différentes sur l'ajustement dyadique. De plus, comme nos résultats suggèrent que les répercussions psychosociales ne sont pas spécifiques aux victimes d'abus sexuel durant l'enfance, mais généralisées à l'ensemble de la population clinique, il est possible que ce soit les séquelles sexuelles qui différencient ces victimes des autres patients consultant pour un trouble de santé mentale.



RÉFÉRENCES

- Baillargeon, J., Dubois, G., & Marineau, R. (1986). Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18(1), 25-34.
- Becker-Blease, K., & Freyd, J. J. (2007). The Ethics of Asking About Abuse and the Harm of "Don't Ask, Don't Tell". *American Psychologist*, May-June, 300-332.
- Berthelot, N., Ensink, K., & Normandin, L. (2013). Échecs de mentalisation du trauma. *Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles*, 131, 9-15.
- Berthelot, N., Godbout, N., Hébert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (sous presse). Prevalence and Correlates of Childhood Sexual Abuse in Adults Consulting for Sexual Problems. *Journal of Sex & Marital Therapy*.
- Black, M. C., & Black, R. S. (2007). A public health perspective on "The ethics of asking and not asking about abuse". *American Psychologist*, May-June, 328-329.
- Boyer, R., Prévaille, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38, 339-343.
- Brassard, A., Péloquin, K., Lussier, Y., Sabourin, S., Lafontaine, M.-F., & Shaver, P. R. (2012, July). Romantic attachment in the clinical and general population: Norms and cut-off scores for the ECR. Communication presented at the biannual Conference of the International Association for Relationship Research, Chicago, IL.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY, US: Guilford Press.
- Briere, J., & Runtz, M. (1987). Post Sexual Abuse Trauma: Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 367-379.
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27(10), 1205-1222.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., & Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse : Psychotherapy for the interrupted life*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Cohen J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Davis, J. L., & Petretic-Jackson, P. A. (2000). The impact of child sexual



abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 291-328.

- Dufour, M. H., Nadeau, L., & Bertrand, K. (2000). Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuel: état de la question. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 781-797.
- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159.
- Friedrich, W. N., Fisher, J. L., Dittner, C. A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J., Damon, L., Davies, W. H., Gray, A., & Wright, J. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: Normative, Psychiatric, and Sexual Abuse Comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.
- Gérard, M. (2005). Les abus sexuels chez l'enfant. *Revue Médicale de Bruxelles*, 26, 333-339.
- Godbout, N., Briere, J., Lussier, Y., & Sabourin, S. (sous presse). Child sexual abuse and subsequent relational and personal functioning: The role of parental support. *Child Abuse & Neglect*.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384.
- Godbout, N., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2006). Early abuse experiences and subsequent gender differences in couple adjustment. *Violence and Victims*, 21 (6), 747-764.
- Godbout, N., Runtz, M., MacIntosh, H., & Briere, J. (2013). Traumas interpersonnels vécus en enfance et relations de couple. *Cahiers de la Recherche/Science & Practice*, 3(2), 14-17.
- Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2007). La relation entre l'abus sexuel subi durant l'enfance et la satisfaction conjugale chez l'homme. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 39, 6-59.
- Godbout, N., Sabourin, S., & Lussier, Y. (2009). Child sexual abuse and adult adjustment: Comparison of single- and multiple-indicator measures. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 693-705.
- Hébert, M. (2011) Les profils et l'évaluation des enfants victimes d'agression sexuelle. Dans M. Hébert, M. Cyr, & M. Tourigny (Éds.), *L'agression sexuelle envers les enfants*, Tome I. (p.149-204). Ste-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Ilfeld, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3), 1215-1228.
- Kernberg, O. (1995). *Love relations. Normality and pathology*. New Haven, CT: Yale University Press
- Lafontaine, M.-F., & Lussier, Y. (2003). Structure bidimensionnelle de



l'attachement amoureux: Anxiété face à l'abandon et évitement de l'intimité. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 35(1), 56-60.

- Lanktree, C., Briere, J., & Zaidi, L. (1991). Incidence and impact of sexual abuse in a child out patient sample: The role of direct inquiry. *Child Abuse & Neglect*, 15, 447-453.
- Liang, B., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2006). Relational outcomes of childhood sexual trauma in female survivors: a longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(1), 42-57.
- Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(2), 229-236.
- Miller, A. B., Schaefer, K. E., Renshaw, K. D., & Blais, R. K. (2013). PTSD and marital satisfaction in military service members: Examining the simultaneous roles of childhood sexual abuse and combat exposure. In press, *Child Abuse & Neglect*.
- Nelson, B. S., & Wampler, K. (2000). Systemic effects of trauma in clinic couples: An exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 171-184.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575-586.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec*. Québec, Enquête Santé Québec 1987, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- Pruitt, J. A., & Kappius, R. E. (1992). Routine Inquiry Into Sexual Victimization: A Survey of Therapist's Practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(6), 474-479.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review : Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- Roller, C., Martsolf, D.S., Draucker, C.B., & Ross, R. (2009). The Sexuality of Childhood Sexual Abuse Survivors. *International Journal of Sexual Health*, 21(1), 49-60.
- Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clinical Psychology Review*, 21(3), 471-490.
- Sabourin S, Valois P, Lussier Y. (2005). Development and validation of a brief version of the Dyadic Adjustment Scale using a nonparametric item analysis model. *Psychology Assessment*, 17, 15-27.
- Schwartz, M. F., & Galperin, L. (2002). Hyposexuality and Hypersexuality



Secondary to Childhood Trauma and Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 107-120.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38(1), 15-28.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785-801.
- Stevens, Y., & Denis, C. (2009). Enfant, parent, professionnel : les vécus transversaux dans les situations d'abus sexuels. *Le Journal des psychologues*, 264(1), 65.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and Psychopathology*, 23(2), 453-476.
- Watson, B., & Halford, W. K. (2010). Classes of childhood sexual abuse and women's adult couple relationships. *Violence and Victims*, 25(4), 518-535.
- Whiffen, V. E., & Oliver, L. E. (2004). *The relationships between traumatic stress and marital intimacy*. In D. Catherall (Ed.), *Handbook of Stress, Trauma and the Family* (pp. 137-157). New York: CRC Press.
- Whisman, M.A. (2006). Childhood trauma and marital outcomes in adulthood. *Personal Relationships*, 13(4), 375-386.
- Zwickl, S., & Merriman, G. (2011). The association between childhood sexual abuse and adult female sexual difficulties. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(1), 16-32

CONSÉQUENCES D'UN ABUS SEXUEL VÉCU DANS L'ENFANCE SUR LA VIE CONJUGALE DES VICTIMES À L'ÂGE ADULTE

Clémentine Gérard, *psychologue*

Plusieurs années de pratique au centre SOS Enfants-ULB dans le domaine spécifique de la prise en charge, individuelle et de groupe, d'adultes victimes d'abus sexuels dans leur enfance, nous ont permis d'acquérir une expertise en matière de conséquences au long cours des maltraitances sexuelles sur les victimes.

Des conséquences, plus ou moins sévères en fonction des cas, peuvent survenir dans tous les pans de la vie de l'enfant victime devenu adulte ; notamment sa vie affective et sexuelle. S'intéresser à l'impact du traumatisme sur la vie conjugale des victimes est un angle d'approche intéressant car c'est souvent pour des questionnements relatifs à ce sujet que les patients adultes consultent.

L'analyse des données recueillies sur un échantillon de 50 patients, suivis entre 2010 et 2013 à SOS Enfants-ULB, servira de point de départ à nos réflexions.

Nous observons dans notre échantillon que plus de 75% des patients rencontrés ont été victimes d'abus intrafamiliaux durant leur enfance et que les 25% de cas d'abus extrafamiliaux ont tous été commis par un adulte connu de l'enfant.

Par ailleurs, les résultats montrent que près de 60% des patients vivent une situation d'isolement sur le plan conjugal au moment de leur prise en charge. Parmi ces personnes, 20% rapportent qu'elles n'ont jamais pu s'inscrire dans une relation durable ou, pour 8% d'entre elles, n'en ont jamais connue.

D'après Aubry & Apers (2009) ¹, les survivants de l'inceste souffrent de grandes difficultés à former et à maintenir des relations intimes jugées satisfaisantes. Selon un sondage de l'Association Internationale des Victimes de l'Inceste (AIVI), réalisé auprès de 258 survivants de l'inceste en France, plus de 98% d'entre eux estiment que l'inceste a ou a eu une influence négative sur leur vie de couple. En effet, puisque durant l'enfance leur confiance a été trahie par une personne censée les protéger, il leur est souvent difficile de s'investir dans une relation de couple harmonieuse, de se sentir dignes d'être aimés ou de parvenir à faire confiance à leur partenaire.

¹ Aubry I., Apers S. (2009), *Être parent après l'inceste. L'inceste, quand les victimes en parlent*, Lyon, Editions J. Lyon.



Néanmoins, 40% des patients que nous avons suivis sont en couple au moment où nous les rencontrons. Certains ont des partenaires bienveillants, ce qui constitue une réelle ressource. Les autres, majoritaires, sont emprisonnés dans des relations conjugales toxiques, dont ils ont du mal à se sortir. L'abus sexuel de l'enfant et la manipulation psychologique qui l'accompagne rendront toujours l'ajustement de la relation à l'Autre délicat pour l'ancienne victime, oscillant de manière paradoxale entre une très grande méfiance et une très grande dépendance envers l'Autre ².

Dans un souci d'apporter aux cliniciens une compréhension plus fine des difficultés ressenties par les anciennes victimes dans leur vie conjugale, voici une liste (non exhaustive) de ce que les patients eux-mêmes relatent :

- Difficultés à faire confiance à l'autre, à avoir confiance en soi et en ses ressentis.
- Méfiance envers le conjoint, surtout si celui-ci est du même sexe que l'abuseur.
- Sentiments ambivalents d'amour et de haine, de désir et de dégoût.
- Peur intense d'être à nouveau trahi, manipulé par l'autre.
- Difficulté à discerner ce qui est réel ou projeté, vrai ou faux. Une perpétuelle remise en question de la légitimité de ses propres ressentis rend dès lors le positionnement face à l'autre difficile.
- Difficultés à mettre ses propres limites et respecter celles de l'autre, avec un risque à la fois de transgression des limites de l'autre et des siennes.
- Barrières psychiques poreuses et mal délimitées, faisant souvent vivre un sentiment d'envahissement psychique perturbant dans les relations d'intimité.
- Risques de violence psychique ou physique de part et d'autre, dus au non-respect de soi et de l'autre.
- Difficultés à repérer ses propres besoins et à y répondre.
- Immaturité émotionnelle et hypersensibilité souvent handicapante ou source de conflits.
- Risque de rechercher en l'autre un parent « réparateur », ce qui peut amener la personne dans des états de rage et de frustration intenses lorsque ses attentes ne sont pas comblées par son conjoint.
- Difficultés au niveau de la sexualité et de l'accès à une intimité. Les troubles sexuels sont de formes diverses : hypersexualité ou manque de libido, absence de plaisir, douleurs, comportements sexuels à risque, etc. Qu'elle soit exacerbée ou inhibée, la sexualité sera toujours perçue comme anormale et génératrice d'une intense culpabilité.

² Bullens Q. Gérard C. (2011), *Groupes de parole pour adultes victimes d'abus sexuel dans l'enfance : analyse d'une prise en charge spécifique, Bruxelles (non paru)*.



- Difficultés à trouver la juste distance face à l'autre.
- Grande dépendance affective amplifiant les phénomènes de non-respect des limites.
- Confusion entre son propre désir et le désir de l'autre amenant parfois au sentiment d'être « abusé » par l'autre.
- Clivage esprit-corps, incapacité à vivre ses sensations corporelles et à ressentir du désir ou du plaisir.
- Risque de rejouer un scénario abusif dans le couple, surtout dans les cas d'inceste où le premier objet d'amour (le parent) a trahi. Tentative de reprendre le contrôle sur la sensation d'impuissance totale dans laquelle l'enfant a été plongé au moment de l'abus en « jouant » la dynamique abusive dans le couple.
- Grande sensibilité à la manipulation et risque de revictimisation.
- Attachement insécure et bases narcissiques fragiles.
- Risque de se coincer dans des jeux de pouvoir où la prise de contrôle émotionnel de l'autre est visée.

Dans la compréhension de l'impact des agressions sexuelles sur la vie conjugale certaines questions se posent à nous : comment la personne, victime d'abus sexuel dans l'enfance, va-t-elle créer un couple ? Vers quel type d'objet d'amour va-t-elle se tourner ?

Nous avons tous tendance à rejouer une situation connue même si celle-ci est destructrice car elle sera toujours moins angoissante que l'inconnu, le vide. Nous avons tous besoin d'avancer avec un cadre, un filet, des repères. Si ceux-ci ont été déformés, pervertis, tordus, il est cependant fort probable que nous les répétions car ils représentent notre seul point de référence.

Ceci signifie par ailleurs que, bien souvent, les anciennes victimes d'abus sexuel se tournent inconsciemment vers un partenaire qui partagera les mêmes messages « toxiques » que ceux hérités de leur environnement familial dysfonctionnel, dans une forme de loyauté très inconsciente aux messages reçus.

Il est donc nécessaire, dans le travail thérapeutique avec les victimes d'abus sexuel de leur offrir de nouveaux messages, « détoxifiés ». Ces nouveaux messages leur permettront de commencer une nouvelle vie, avec des bases plus saines et plus solides, qui les amèneront à modifier petit à petit leurs choix d'objet d'amour.

Notons que les différents mécanismes de défense utilisés par la victime pour faire face au traumatisme (dénier, fuite, clivage ...) auront également une incidence, plus ou moins problématique, sur leur ajustement relationnel futur. Il est donc nécessaire d'accompagner la compréhension des mécanismes de défense mis en place par la personne.



Voici quelques exemples, issus de notre pratique, de trajectoires conjugales d'anciennes victimes d'abus sexuel devenues adultes ³.

CONFUSION DES RÔLES ABUSÉ-ABUSEUR DANS LES RELATIONS AMOUREUSES

Oscar est un jeune homme de 30 ans dont la vie amoureuse est chaotique. Bien que célibataire, sa vie amoureuse occupe tout son esprit : les femmes l'obsèdent.

Il a vécu une relation incestuelle avec sa mère durant toute son enfance et s'est senti être l'unique objet de désir et de plaisir de cette dernière. Son père travaillait beaucoup et son absence a, petit à petit, favorisé la fusion mère-fils. Symboliquement, Oscar s'est retrouvé à la place de son père, en couple avec sa mère.

Depuis l'adolescence, la question de la séduction est très compliquée pour lui. Assumer et exprimer son désir est générateur d'un grand sentiment de honte et de culpabilité. Par ailleurs, répondre au désir de l'autre lui donne l'impression d'être un objet, un jouet.

Adolescent il s'est parfois senti « fou d'amour » pour de jeunes filles de son école qu'il finissait par harceler, sans prendre en compte leur désir à elles. Il se rendait dès lors « abusif » dans ces relations, allant parfois jusqu'à agresser les prétendants des jeunes filles convoitées. Prenant conscience petit à petit du non-respect dont il faisait preuve dans ses relations aux femmes, il s'est alors davantage « offert » à leur désir à elles. Ce qui lui donna, progressivement, le sentiment d'être abusé, d'être l'objet de plaisir des femmes. Sentiments désagréables qui généraient en lui beaucoup de colère et de violence, qu'il retournait alors contre lui, physiquement ou mentalement.

Le travail thérapeutique effectué avec Oscar l'a aidé à se sentir « sujet » et non plus « objet ». Il a également appris à mieux comprendre et définir son désir, ainsi qu'à mieux percevoir celui de l'autre et à se sentir moins prisonnier des jeux de séduction. Le fait de mieux comprendre et gérer l'ambivalence « amour-haine » ressentie à l'égard des femmes l'aide progressivement à mieux se positionner face à elles, dans une distance plus respectueuse de soi et de l'autre.

PEUR DE L'AUTRE ET IMPOSSIBILITÉ DE NOUER UNE RELATION AFFECTIVE

Nadine a 50 ans et ne travaille pas. Elle a peur de tout et vit dans une extrême solitude. Elle ne sort que très rarement de chez elle. Elle n'a jamais rencontré d'homme et ne le désire pas. Elle en a une peur et un dégoût profonds depuis un double inceste vécu lorsqu'elle était enfant.

³ *Par souci d'anonymat des personnes citées dans les présentes vignettes, certaines informations ont été volontairement modifiées.*



Depuis elle vit murée dans le silence. Adolescente, elle a tenté de dévoiler l'abus au sein de sa famille mais elle n'a pas été entendue. Jeune adulte, elle a tenté de parler à des intervenants sans recevoir d'aide adéquate. Elle a ensuite tenté de porter plainte mais les intervenants l'en ont dissuadée à cause de la prescription. Alors, petit à petit, elle s'est repliée sur elle-même, s'est coupée du monde réel et n'a plus vécu sa vie relationnelle que par procuration.

Le travail thérapeutique entrepris avec Nadine visait au départ la sortie de l'isolement et la remise en lien social. La participation à un groupe de parole a été très aidant sur ces points. Le travail visait également l'atténuation des peurs et phobies dont la patiente souffre. Celles-ci l'empêchent en effet de vivre et sortir de chez elle. La reconnexion à son corps et à ses sensations corporelles a également été travaillée, ainsi que la question de la prise de plaisir, de l'affirmation de soi... Ce mieux-être interne retrouvé sera le premier pas vers l'ouverture à l'autre et à d'éventuelles rencontres amoureuses. Une procédure judiciaire a également été entamée selon les souhaits de la patiente et ce, malgré la prescription.

REPRODUCTION D'UN SCÉNARIO ABUSIF DANS LA RELATION DE COUPLE

Tania est une femme de 40 ans, totalement dévouée à son travail, qui l'épuise et l'empêche d'avoir une vie sociale. Cependant, ce travail lui permet d'être éloignée de sa famille, dont l'emprise et la toxicité ont toujours été très grandes. Tania a été victime d'abus extrafamiliaux répétés durant la toute petite enfance. Ces abus ont été commis par un voisin sur plusieurs enfants du quartier, dont les frères et sœurs de Tania. Ces agressions sont restées sous silence pendant des années, la patiente n'ayant aucune possibilité d'en parler à ses parents, indisponibles et maltraitants envers elle.

Elle quittera très tôt son milieu familial pour se consacrer à ses études (son refuge). Elle construit petit à petit sa vie d'adulte, sur les bases fragiles d'une enfance traumatisée, tant par les sévices sexuels vécus que par la violence psychologique et physique exercée par ses parents.

À 25 ans, Tania rencontre Patrick, après une rupture amoureuse très douloureuse qui l'a plongée dans une profonde dépression. Cet homme, plus âgé qu'elle, est charismatique et très entreprenant. Dès le départ des signaux d'alerte clignotent dans sa tête concernant la personnalité manipulatrice de Patrick mais elle les chasse de son esprit : elle a tellement envie d'être aimée. Par ailleurs, une part d'elle l'a toujours amenée vers la destruction, ayant intégré depuis l'enfance qu'elle n'était pas digne d'amour et qu'elle n'avait aucune valeur. Dès lors, il lui semble normal qu'un homme soit méprisant envers elle. Patrick commence en effet à dénigrer et à brimer sa compagne. Il est maltraitant psychologiquement et physiquement envers elle. Tania se rend compte progressivement de la



perversion et de la toxicité de son conjoint mais elle est totalement sous son emprise. Elle ne peut qu'observer, en toute impuissance, sa longue agonie... qui s'achèvera après plusieurs d'années d'enfer lorsqu'un jour Patrick disparaît dans la nature en lui laissant des dettes.

Le choc de cette « revictimisation » sera tellement violent qu'il lui faudra près de 10 ans pour « revenir à la vie » et faire peu à peu le deuil de cette deuxième expérience traumatique. L'incompréhension et la culpabilité de s'être remise, de son plein gré, dans une relation abusive rongent la patiente. Elle finira par développer une maladie auto-immune et à « s'attaquer » intérieurement.

Le travail thérapeutique entrepris avec Tania visait à la fois un travail de deuil des traumatismes passés et de la violence vécue mais également un travail de protection de son « enfant intérieur » et de bienveillance envers soi-même (respect de soi, de son corps, acceptation de ses propres limites...). La compréhension du phénomène de parentification dans lequel la patiente a été placée par ses parents et de sa position d'enfant « sacrifiée » qu'elle perpétue, ainsi qu'un travail sur le sentiment de culpabilité ont également été proposés.

ÉVOLUTION D'UN COUPLE « BIENTRAITANT »

Fanny et Loïc sont deux jeunes trentenaires, en couple depuis plusieurs années et dans la vie active. Tous les deux ont été victimes d'inceste et de violences intrafamiliales durant leur enfance. Ils ont coupé les ponts avec leurs familles respectives et recréé « leur » famille, avec la fille aînée de Fanny, née d'une première union, et le petit garçon né de leur union. La communication n'est pas toujours simple dans le couple, les conflits sont parfois difficiles à gérer mais chacun est respectueux du vécu de son/sa partenaire et de ses limites. Ils s'épaulent mutuellement dans leur cheminement thérapeutique et sont parvenus à construire une dynamique de couple saine, sur des bases personnelles pourtant fragiles. Il n'ont pas hésité à se faire épauler par des professionnels, conscients de leurs fragilités.

Avec le père de sa fille aînée, Fanny ne vivait toutefois pas une relation « bienveillante ». Celui-ci avait également été victime de maltraitances durant son enfance mais à l'époque, chacun était dans le déni de son propre vécu. Le couple reproduisait une dynamique violente et irrespectueuse, dangereuse pour leur petite fille. Sortant progressivement du déni des abus vécus, Fanny décida de prendre de la distance par rapport à sa famille par mesure de protection. Son compagnon ne respecta pas cette décision et amena leur fille, à son insu, dans sa famille. La prise de conscience du danger que cela représentait pour sa fille la fit prendre la décision de couper les ponts définitivement avec sa famille et de quitter son compagnon, non protecteur envers elle et leur enfant.



Un travail sur la gestion des émotions a d'abord été entrepris avec Fanny, qui ressentait énormément de colère en début de suivi. Colère difficilement canalisable lors des conflits de couple et qu'elle souhaitait apprendre à mieux maîtriser. Le sentiment de culpabilité d'avoir mis sa fille en danger lorsqu'elle était encore dans le déni a également dû être travaillé, ainsi que l'acceptation des traumatismes vécus. Un soutien à la parentalité a également été proposé au couple.

Ces quelques vignettes, outre leur visée illustrative, soulignent l'importance d'un accompagnement thérapeutique ciblé et spécialisé pour les anciennes victimes d'abus sexuel.

Ce travail représente également un outil de prévention pour les générations à venir. En effet, les enfants issus de ces couples, fragilisés par un passé traumatique mais « ré-outillés » pour devenir des adultes plus épanouis et conscients de leurs droits et devoirs, seront à leur tour mieux outillés pour avancer dans la vie et avoir confiance en eux, en leurs potentialités et se sentir libres et autonomes.

MA MÈRE, MON BOURREAU

Gregory J. (2006). Paris, L'Archipel (Archipohe)

L'auteure de ce livre, Julie Grégory, a vécu durant toute son enfance avec des parents toxiques : sa mère lui fait subir un Syndrome de Münchhausen par Procuration (SMP). Son père oscille entre deux penchants : soit il est totalement négligent, soit il devient violent. Devenue adulte, Julie a traversé plusieurs graves phases de dépression, et a décidé de consacrer sa vie aux autres en devenant psychiatre. Ce livre est donc un témoignage, mais également le regard d'une professionnelle de l'aide aux personnes en difficultés.

En commençant le livre, on fait la connaissance de Julie Grégory, 12 ans, durant une consultation médicale. On pourrait croire à une scène de vie classique, mais Julie n'est pas malade : c'est sa maman, Sandy, qui la conduit de cabinet médical en hôpital, afin de trouver un écho à ses plaintes.

D'après sa mère, Julie souffre de problèmes cardiaques : elle est toujours essoufflée, respire difficilement et semble continuellement épuisée.

Les médecins se succèdent, les examens s'enchaînent, tous plus douloureux les uns que les autres pour l'enfant. Chaque médecin qui examine Julie la trouve en relative bonne santé, hormis les symptômes visibles, et se fait qualifier d'incapable par sa mère.

Ce que Sandy fait volontairement, c'est que Julie effectue tout le travail pénible dans leur mobilhome, qu'elle porte des charges très lourdes, qu'elle dort très peu, et surtout, qu'elle est nourrie de manière totalement inadaptée, ce qui cause tous ces symptômes. Si un médecin l'informe que Julie doit éviter un aliment, elle va jusqu'à l'en gaver pour aggraver les signes. Si un autre médecin prescrit des médicaments, elle augmente la dose sans en informer personne.

Julie a un petit frère de 7 ans son cadet, Danny. Cet enfant est pour elle une bouffée d'oxygène, et elle n'aura de cesse de le protéger des mauvais traitements parentaux, même s'il y a toujours été moins exposé qu'elle-même.

À côté de cette thématique omniprésente dans cette histoire vécue, il y a le père de Julie, Dan Grégory, un homme négligent avec ses enfants, qui ne les voit exister que pour les frapper. Sa femme l'utilise encore pour affaiblir Julie, grâce à ses coups, en le provoquant dans sa virilité, ce qui le met dans une rage folle. Il ne sent plus sa force et pourrait tuer ses enfants de



ses propres mains. A ce moment, elle intervient, telle une héroïne, pour, une fois de plus, les « sauver ».

Cependant, Julie aime ses parents, en dépit de leur inadéquation éducative, et en vient à ressentir les symptômes inventés par sa mère, culpabilisée qu'elle est par « tout ce que sa maman fait pour elle ». Elle souffre de la situation, dans son corps (à cause des examens pénibles) comme en elle-même (elle ne peut pas suivre une scolarité normale à cause des visites chez les médecins et des hospitalisations, ses amies la fuient,...)

Au-delà du SMP, le livre fait découvrir bien d'autres facettes psychologiques des parents inadaptés, comme le sont Sandy et Dan : tous deux accueillent des vieillards anciens combattants contre monnaie sonnante et trébuchante, puis les délaissent à leur triste sort.

Ils en font de même ensuite pour des enfants de l'Assistance Publique, qu'ils négligent, maltraitent et battent même régulièrement.

L'entourage de Sandy et Dan les prend pour des parents exemplaires grâce à leur apparent dévouement à leurs enfants malades, à des vieillards invalides et également à d'autres enfants malheureux. En effet, vu de l'extérieur, ils parviennent à en donner l'impression, mais ils manipulent tout le monde et, médecins, assistantes sociales, amies de Julie, professeurs, chacun tombe dans le piège.

Ce livre, qui traite du Syndrome de Münchhausen par Procuration (SMP) - forme grave de sévices au cours de laquelle l'adulte qui a en charge l'enfant provoque de manière délibérée chez lui des problèmes de santé sérieux et répétés avant de le conduire auprès d'un médecin - n'a pas pour vocation de divertir, mais d'apprendre jusqu'où certains parents malades sont capables d'aller dans leur perversion.

Bénédicte Delière

Secrétaire au service SOS Enfants de l'ONE



Julie Gregory a grandi dans le sud de l'Ohio. Diplômée en psychiatrie, elle œuvre à présent pour faire connaître le fléau de la maladie du syndrome de Münchhausen par procuration. Dans les vingt pays où il a été publié, *Ma mère, mon bourreau* a permis d'ouvrir le débat sur une forme de maltraitance méconnue, car très difficilement détectable.

PROTÉGER L'ENFANT AVEC SES DEUX PARENTS. LE CENTRE PARENTAL, UNE AUTRE VOIE POUR RÉUSSIR LA PRÉVENTION PRÉCOCE

Chatoney B., Van Der Borght F., (2010). Paris, Les éditions de l'Atelier

Cet ouvrage a comme volonté première de susciter la réflexion de tous les acteurs de la protection de l'enfance en leur proposant un modèle original : accueillir dans un même lieu le jeune enfant avec son père et sa mère avec comme objectif un hébergement commun mais pas seulement : les aspects de parentalité, de conjugalité et de place donnée à l'enfant seront centrales.

Ce modèle unique d'hébergement et d'accompagnement trouve son origine dans les manquements du système de protection de l'enfance actuel : souvent l'enfant est considéré comme « en danger » parce que les conditions matérielles de vie de ses parents ne sont pas suffisamment bonnes et cela peut avoir des répercussions non négligeables sur leurs capacités parentales. Les réponses institutionnelles sont alors très souvent clivées : soit l'enfant est isolé de ses deux parents par un placement en institution et chacun sait combien le maintien et le soutien de cette parentalité affaiblie par et pendant un placement sont complexes (avec des risques importants de perte ou de détérioration importante du lien), soit il est hébergé avec sa mère dans des structures d'accueil qui sont peu, voire pas attentives à un accompagnement de la parentalité de la mère mais qui surtout ne laisseront que très peu de place au père que ce soit dans sa parentalité ou dans sa conjugalité. Or, un système de protection de l'enfance qui ne tient pas compte des deux figures parentales nécessaires au bon développement de l'enfant semble voué à l'échec comme nous le rappellent les auteurs. Nous connaissons tous des situations singulières où les réponses institutionnelles ont davantage amplifié la détresse des parents plutôt que de les aider à « reprendre pied » dans leurs parcours de vie et dans leurs processus du « devenir parent ».

Le centre parental a pour vocation d'accueillir de jeunes couples (souvent de très jeunes adultes ayant pour la plupart connu un parcours de vie très chaotique) dès avant la naissance et ainsi de pouvoir les aider à créer un cocon bienveillant et soutenant pour leur enfant à naître, tout en gardant une attention particulière pour la place donnée au couple. Les promoteurs de ce projet pensent que le nouveau-né et la confiance accordée à ces jeunes adultes offrent une occasion importante de transformation et d'implication positive dans le processus d'apprentissage de la parentalité et dans une forme de (re)socialisation.



En plus d'un accompagnement des familles spécialisé mais non intrusif et non permanent bien qu'accessible 24h/24 et 7 jours/7 (des témoignages de parents expliquent combien ils se sentent accueillis comme dans une famille lorsqu'ils franchissent le seuil du centre), les promoteurs ont voulu éviter l'effet de ghetto : toutes les familles sont accueillies dans des appartements/studios à proximité du centre parental mais pas directement adjoints aux locaux administratifs et d'accueil. La volonté du projet est de penser l'hébergement au centre parental comme une étape dans un projet de vie : le système du bail glissant en est la preuve. Après quelques mois, les jeunes parents (s'ils ont fait preuve de bonne volonté et se sont réellement impliqués dans un processus de responsabilisation tant par rapport à eux-mêmes que par rapport à leur enfant) pourront reprendre le bail du studio/appartement à leurs noms et ainsi avoir réellement un «chez soi». L'après institution n'est alors plus vécu comme angoissant ou peu porteur d'espoir. La volonté du centre de créer une vraie logique de réseau se retrouve d'ailleurs dans un partenariat important avec les crèches du quartier afin que les enfants puissent être accueillis en journée. La mise en place d'un mode de garde stable pour l'enfant est, en effet, un engagement primordial du contrat de séjour que signent les familles avec le centre parental. Or, pour certains parents, ce temps de séparation avec l'enfant est douloureux (rappel d'épisodes d'abandon qu'eux-mêmes ont souvent connu dans leur enfance). Il est alors capital d'accompagner ces craintes afin de permettre à chacun (tant à l'enfant qu'aux parents) de pouvoir s'épanouir et trouver une place spécifique à l'intérieur de la cellule familiale mais aussi à l'extérieur de celle-ci (projets de formation, d'insertion socioprofessionnelle pour les parents).

Oser l'accueil du couple, c'est reconnaître à l'enfant le droit de vivre avec ses deux parents. Or, pour des psychologues habitués à travailler les questions de protection de l'enfance, travailler les questions de la conjugalité ne va pas de soi. Le travail du centre parental autour de ces questions s'est progressivement développé (surtout face aux demandes importantes des couples de les accompagner dans leurs difficultés de couple). Après quelques années de fonctionnement et d'ajustement méthodologique, il apparaît donc clairement que le cadre contenant et le caractère intensif de l'accompagnement psychosocial du centre parental permettent de mener une véritable action de prévention des violences conjugales et donc des répercussions inévitables de ce phénomène sur le jeune enfant.



Les promoteurs de ce projet ont la volonté d'ouvrir des chemins prometteurs afin que la protection précoce de l'enfant sorte d'une logique qui voudrait que le dispositif soit la solution. Ils nous invitent à réfléchir et à penser des modèles d'intervention basés sur le renforcement des liens entre l'enfant, sa mère et son père plutôt que de les réduire voire même les couper! Cette inversion de logique n'est pas simple et nécessite une réflexion en amont, des balises méthodologiques mais aussi une créativité et une certaine ingéniosité des acteurs de terrain! Ils nous invitent à penser autrement les réponses institutionnelles et sociales en remettant l'humain et ses compétences au centre de nos réflexions...

Déborah Dewulf

Responsable du service SOS Enfants de l'ONE



Brigitte Chatoney est directrice et fondatrice de l'association Aire de famille, membre du groupe « Appui familles » à la FNARS, Paris. Frédéric Van Der Borght est psychologue et responsable du centre parental.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

pour la publication dans le Carnet de Notes
sur les Maltraitements Infantiles

La revue, Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, publie des textes scientifiques en français relatifs à l'enfance maltraitée et ce dans toutes ses dimensions. Il peut donc s'agir de textes touchant au regard sociologique, psychologique, médical, juridique... Les textes viseront à faire le lien entre la recherche ou la théorie et la pratique ou, inversement, à susciter ou proposer des questions de recherches issues du terrain.

La revue propose 3 rubriques distinctes :



Article

Il s'agit d'articles scientifiques originaux, de rapports de recherche, de réflexions cliniques ou encore de résumés des connaissances empiriques et de leurs applications pratiques, en rapport ou non avec la thématique proposée pour chaque numéro. Il peut également s'agir d'articles précédemment publiés dans une revue non spécifique à la maltraitance ou dans une autre langue que le français et dont la réédition est justifiée par l'intérêt du texte pour les problématiques actuelles ou par une discussion de l'auteur ajoutée à posteriori. Pour les articles en langue étrangère, une traduction française est requise. Les articles ne dépassent pas 15 pages, bibliographie comprise (et peuvent donc être plus courts notamment dans le cas de résumés). Ils sont accompagnés d'un résumé et de 3 à 5 mots-clés en français et en anglais.



Vignette clinique

Il s'agit du récit d'une situation clinique et de sa prise en charge visant à rendre compte de la réalité de terrain. Celle-ci doit être en lien avec la thématique du numéro. Le texte doit permettre de rendre compte de la prise en charge plus que d'une élaboration théorique, tout en respectant scrupuleusement l'anonymat. Les vignettes ne dépassent pas 6 pages.



Incitation à la lecture

Il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage récent ou d'une publication récente dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé de lecture présentera les grandes lignes de l'ouvrage ou de l'article de référence et ce que l'auteur du résumé y a trouvé comme intérêt. Il s'agit donc d'un résumé personnel et nominatif.

Recommandations pour la publication :

Les textes sont rédigés en Times New Roman 12 de simple interligne et sont envoyés en format .doc(x) à l'adresse sos-enfants@one.be. Si le texte est accepté en première lecture par les membres du Comité éditorial, il est analysé sur le principe du Peer Review par au moins deux experts du domaine qui peuvent suggérer à l'auteur des modifications. Pendant toute la durée de l'évaluation, l'anonymat, tant de l'auteur que des lecteurs, est préservé. Quelle que soit la décision, un avis est rendu à l'auteur dans les 3 mois. En soumettant son texte à la revue Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles, les auteurs lui cèdent leurs droits et marquent leur accord pour une publication papier et électronique en open source.

Sur la première page du texte figure, pour tous les formats, le nom complet des auteurs et leur(s) affiliation(s), les coordonnées complètes du premier auteur considéré comme l'auteur principal et avec qui communique la rédaction.

NORMES BIBLIOGRAPHIQUES :

Toute référence à un auteur doit être mentionnée à deux reprises : dans le corps du texte et sous le titre « Références » en fin d'article.

Références dans le texte : dans le texte ne figure que le nom du premier auteur suivi de et al. ou les noms des deux auteurs, s'il n'y en a que deux. Les noms sont suivis de l'année de publication, dans l'ordre chronologique s'il y en a plusieurs :

« Cette recherche confirme que le nombre d'homicides sur les très jeunes enfants est en France grandement sous-évalué et que la tendance à la suspicion de maltraitance est beaucoup moins développée qu'elle ne l'est dans d'autres pays (Resnick, 1970; Overpeck et al., 2002) ».

Références en fin d'article : la liste des références est présentée par ordre alphabétique.

Pour les livres, le nom des auteurs est en minuscule, suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre en italique, suivi de la ville et de la maison d'édition :

Romano, H. (2010). *Enfants maltraités, descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*. Paris, Fabert.

Aubert, N. ; de Gaulejac, V. (1991). *Le Coût de l'excellence*. Paris, Seuil.

Pour les articles, le nom des auteurs suivi de l'initiale du prénom, de la date de parution, du titre, du nom de la revue en italique, du numéro et des numéros de la première et dernière page de l'article :

Overpeck, M.D.; Brenner, R.A; Cosgrove, C.; Trumble, A.C.; Kochanek, K.; MacDorman, M. (2002). National underascertainment of sudden unexpected infant deaths associated with deaths of unknown cause. *Pediatrics*, 109: 274-283.

Resnick, P. (1970). Murder of the newborn: a psychiatric review of neo-naticide. *The American Journal of Psychiatry*, 126 b: 1414-1420.

Deux références d'un même auteur parues la même année sont à distinguer dans le texte et dans la bibliographie comme suit : (2013a) (2013b).

NORMES DE SAISIE :

Saisir en italique, sans mettre de guillemets :

Les mots que l'on souhaite exceptionnellement faire ressortir

L'extrait du discours d'une personne (dans le cas des vignettes cliniques par exemple). Les éléments du contexte ne sont pas en italique.

Les tableaux et les figures sont numérotés en chiffres romains, par ordre d'apparition dans le texte. Leur emplacement doit être précisé dans le texte, entre parenthèses.

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

MALTRAITANCE SEXUELLE ET CONJUGALITÉ

CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :

02 542 14 10

Courriel :

sos-enfants@one.be

Site :

<http://www.one.be/index.php?id=2325>

AUX PROCHAINS NUMÉROS...

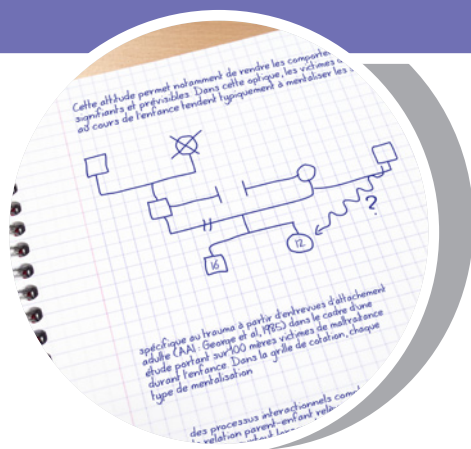
Dans les rubriques thématiques des prochains numéros du Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles (CNMI), nous proposons de revenir sur la périnatalité, mais cette fois, dans le contexte particulier de troubles mentaux chez les parents ; nous invitons également les auteurs à penser : la filiation en contexte de maltraitance, et son devenir transgénérationnel ; les mécanismes sociaux de paupérisation et les risques de négligence y afférents ; et enfin, dans une perspective transdisciplinaire, nous pensons qu'une dialectique entre l'accompagnement thérapeutique et l'impact des procédures judiciaires pour l'enfant pourrait enrichir la réflexion. Parce que la maltraitance soulève et doit toujours soulever de nouvelles questions, CNMI reste aussi ouvert aux propositions hors des thématiques suggérées...

CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION
ONE

DOCBU0001
D/2014/74.80/07



OFFICE
DE LA NAISSANCE
ET DE L'ENFANCE

Chaussée de Charleroi 95 - 1060 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 542 12 11 / Fax : +32 (0)2 542 12 51
info@one.be - ONE.be