

# CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

## LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE

N°4 - Janvier 2015



**ONE.be**

Les équipes  
**SOS**  
ENFANTS  
subventionnées par l'ONE

# CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

## LA TRANSMISSION INTERGÉNÉRATIONNELLE

### ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO

Karine Baril  
Julien Beugnies  
Emmanuel de Becker  
Anne Delgrange  
Bernadette Huberlant  
Marc Tourigny

### COMITÉ ÉDITORIAL

Julien Beugnies  
Quentin Bullens  
Marie Lambert  
Jessica Segers

### SECRÉTARIAT ADMINISTRATIF

Dominique Jungers

### CONTACT

Service SOS Enfants

Tél. :  
02 542 14 10

Courriel :  
sos-enfants@one.be

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

# SOMMAIRE

**ÉDITO** ..... 4

## ARTICLES

Transmission, loyautés et maltraitance à enfants ..... 6  
*Par Emmanuel de Becker*

Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance :  
modèle explicatif basé sur la théorie du trauma ..... 28  
*Par Karine Baril et Marc Tourigny*

## VIGNETTE CLINIQUE

L'histoire de Linda : exemple d'une trajectoire de continuité  
intergénérationnelle de la victimisation sexuelle dans l'enfance ..... 64  
*Par Karine Baril et Marc Tourigny*

**INCITATIONS À...** ..... 74

**RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS** ..... 79

## ÉDITO

Pour son quatrième numéro, le Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles se penche cette fois sur une thématique dont la complexité justifie une investigation approfondie : *la transmission intergénérationnelle*.

Ce titre évocateur permet d'envisager de multiples questionnements et de susciter une large réflexion sur les mécanismes qui induisent la résurgence de situations tout au long de l'histoire familiale.

Quels sont les liens qui existent entre la victimisation sexuelle d'un parent et de son enfant ? Une personne victime d'abus deviendra-t-elle auteur à son tour ? Dans quelle mesure les bagages familiaux se transmettent-ils de génération en génération ? Ou plus généralement, sommes-nous déterminés par notre histoire ou libres de sortir des ornières tracées par nos parents ?

Voilà autant de questions auxquelles sont confrontés les praticiens et théoriciens de la maltraitance infantile, et qui alimentent plus que jamais la recherche contemporaine.

Le CNMI souhaite donc aujourd'hui contribuer au débat et permettre, humblement, l'avancement de quelques éléments de réponse, ou du moins, de compréhension.

C'est dans cette perspective que nous vous proposons la lecture de deux articles traitant respectivement des mécanismes de loyauté qui opèrent au sein de familles maltraitantes et de la dimension intergénérationnelle de la victimisation sexuelle. La rencontre entre les auteurs, canadiens d'un côté, européen de l'autre, favorise une approche forcément contrastée de la transmission.

Karine Baril et Marc Tourigny, tous deux chercheurs auprès de l'Université de Sherbrooke au Québec, nous proposent un modèle explicatif basé sur la théorie du trauma. Ils tenteront ainsi d'expliquer les mécanismes pouvant intervenir entre la victimisation sexuelle d'un parent et celle de son enfant. Nous comprendrons comment les séquelles d'une agression sexuelle vécue dans l'enfance peuvent interférer avec le rôle parental et favoriser une plus grande vulnérabilité des enfants.

Les deux chercheurs canadiens illustreront ensuite leur modèle par une vignette clinique consacrée à un exemple de trajectoire de continuité intergénérationnelle entre une mère, victime d'abus sexuels dans l'enfance, et ses filles.

Pour introduire ce premier texte, nous avons envisagé la republication d'un article d'Emmanuel de Becker paru en 2008 dans la revue *Psychiatrie de l'Enfant*. En confrontation avec l'approche cognitivo-comportementaliste des québécois, Baril et Tourigny, le psychiatre belge, spécialisé dans les problématiques infanto-juvéniles, propose un autre type d'approche de la thématique de la transmission intergénérationnelle, et initie une réflexion plus large.

Précisons que l'auteur a fait le choix de ne pas actualiser son texte pour l'occasion, estimant que les quelques années écoulées depuis sa première parution n'ont en rien érodé sa pertinence et sa légitimité.

Quant au fond, l'article de de Becker tente d'approfondir les concepts de transmission et de loyauté dans la perspective d'une meilleure compréhension des systèmes dits maltraitants. Nous parcourons ainsi les nombreuses interrogations que le phénomène de répétition suscite, en épinglant des éléments de fragilité individuelle, familiale et sociale.

En espérant que ces textes puissent alimenter vos réflexions, nous vous souhaitons une excellente lecture et une bonne année 2015 !

**Julien Beugnies**

Gestionnaire de projets  
Service SOS Enfants - ONE

Texte déjà paru dans *La Psychiatrie de l'enfant, Presses Universitaires de France, 2008/1 - Vol. 51 - pages 43 à 72*

Republié avec l'accord de l'éditeur et de l'auteur

## TRANSMISSION, LOYAUTÉS ET MALTRAITANCE À ENFANTS

*Emmanuel de Becker, pédopsychiatre,  
équipe SOS Enfants-Famille des Cliniques Universitaires Saint-Luc*

Pourquoi, dans certains cas, la maltraitance intrafamiliale à l'égard des enfants se répète-t-elle ? Comment, dans certains systèmes familiaux, elle s'interrompt et laisse place au respect de soi et de l'autre et, de la sorte, à l'adéquation des liens ? Il y a lieu, dans la perspective d'une meilleure compréhension des systèmes dits maltraitants, d'approfondir les concepts de transmission et de loyauté. S'il y a nécessairement transmission, la loyauté entre les générations n'est guère toujours repérable à la première analyse des enjeux systémiques. L'article, en se basant sur la clinique d'une équipe spécialisée dans les situations de maltraitance à enfants, parcourt les nombreuses interrogations que le phénomène de répétition suscite, et ce, en épinglant des éléments de fragilité individuelle, familiale et sociale. Notre réflexion s'appuie sur une approche psychodynamique de l'humain, essentiellement à partir des références systémiques et analytiques.

**Mots-clés :** Maltraitance à enfants – Transmission – Loyauté – Violence – Répétition

Aujourd'hui, quand on prend en considération les phénomènes humains, les concepts de transmission, de répétition ainsi que de loyauté, sont largement étudiés (Ancelin-Schutzenberger, 1999 ; Visart, 2006). Sur le « terrain » professionnel, il en est de même ; ainsi, dans le champ de la maltraitance, il est classique d'entendre que celui ou celle qui a été maltraité durant sa propre enfance adoptera un comportement maltraitant à l'égard de ses enfants (Tisseron, 2004).

Si la plupart des cliniciens se défendent d'une forme de causalité linéaire dans leur compréhension, on considère encore que celui qui, un jour, a été abusé, deviendra à son tour, abuseur. C'est d'ailleurs en s'appuyant sur ces observations, voire des impressions cliniques, que voient le jour des programmes éducatifs préventifs et que s'établissent des structures d'accompagnement, dans une visée de prévention secondaire ; secondaire dans le sens où il y aurait lieu d'aider des familles fragilisées, perçues comme menacées ou encore à risque (Ausloos, 2004 ; ONE, 2005).



Corollaire à cette pensée préventive, on a vu apparaître des courants thérapeutiques mettant l'accent sur l'énergie professionnelle à déployer pour soutenir l'émergence des ressources des familles en difficulté (encourager la « bienveillance »), en évitant prudemment d'alimenter les prédictions négatives issues du champ sécuritaire. Pour illustrer ce dernier aspect, prenons simplement un point qui a fait couler beaucoup d'encre, celui des éléments d'observation des enfants en crèche et ce que certains cliniciens en considèrent comme facteurs prédictifs d'une future psychopathologie.

Toutefois, si on étudie l'anamnèse des adultes agresseurs sexuels, surtout quand ils sont intrafamiliaux, il n'est pas rare de tomber sur des contextes de carence grave, de négligence, d'abandon, voire de maltraitance. Les professionnels, qu'ils soient du champ de l'aide, du soin, ou qu'ils appartiennent aux structures judiciaires, en savent quelque chose. Des liens existent entre la réalité du terrain, la clinique de la maltraitance et certains concepts de fonctionnements humains, individuels et collectifs.

Mais, comment se faire une idée et se situer dans ces questions de répétitions, de traumatismes, de transmission et de loyauté ? Car, après tout, la maltraitance à l'égard des mineurs d'âge existe plus que jamais dans nos contrées occidentales pourtant pourvues de législations spécifiques et d'équipements professionnels spécialisés. Mais, là encore, il nous faut relativiser, car il est clair que la « médiatisation tous azimuts » de notre époque lève le voile sur ce qui, hier, demeurait non-dit et sous le joug du chef de famille.

Si chaque situation humaine individuelle, familiale, détient sa singularité propre, on ne peut pas ne pas prendre en considération certaines « forces » qui transcendent les sujets et les conduisent à répéter des actes appris, voire subis. Ces forces participent au phénomène humain à dimension historique que représente la répétition. Celle-ci comporte des zones occultées, masquées dont l'origine, toujours complexe, a été étudiée par bien des auteurs, qu'ils soient anthropologues, sociologues ou psychologues (Gabel, 1992). Mais, même avec l'éclairage de ces pertinentes lectures, l'épreuve de la clinique demeure frustrante, tant l'humain semble bien moins libre qu'il ne le pense : l'homme reproduit ce qu'il a précédemment vécu. Évidemment, il existera toujours des exceptions, des « chemins de traverse », qui montrent que l'on peut agir autrement... (Mugnier, 1999).

Certains, s'appuyant sur leur tempérament et/ou leur prise de conscience, bénéficiant éventuellement d'un accompagnement psychothérapeutique, veulent précisément se démarquer et orienter différemment leur destin, c'est-à-dire poser un acte en se différenciant, en se positionnant autrement par rapport au fil qui trace leur histoire (Janin, 1996). Là encore, une remarque s'impose : se démarquer, « réussir une résilience », demande une énergie psychique non négligeable qui, en contrepartie, exigera un « prix à payer » (Brissiaud, 2001). La consultation pour adultes se compose ainsi de



souffrances en lien avec des expériences traumatiques infantiles ayant été peut-être dépassées dans le sens de la gestion opératoire, mais pas assez nommées, voire reconnues par le sujet lui-même et/ou son entourage.

Partons de l'enseignement de la clinique et plus spécifiquement de ce que nous apprend l'expérience d'une équipe spécialisée dans les situations de maltraitance à enfants. Ces entités autonomes, nommées et reconnues par la législation belge comme équipes SOS-Enfants, œuvrent depuis vingt-cinq ans pour dépister et mettre fin à la maltraitance en proposant une approche médico-psycho-sociojuridique des enfants et de leur entourage sociofamilial (ONE, 2005). Elles réalisent des évaluations et assurent, au cas par cas, un accompagnement thérapeutique. Les constatations que les professionnels de ces équipes réalisent croisent les données issues de la littérature. Il ne s'agit nullement d'établir une liste exhaustive de critères stigmatisants qui autoriserait d'aucuns à pointer tel ou tel système familial ! La perspective consiste à attirer l'attention sur certains paramètres de fragilités, individuelles, familiales et sociales. Il est toutefois clair que plus une famille regroupe des éléments de vulnérabilité, plus le risque existe de voir apparaître une « maltraitance ». Une autre interrogation surgit encore : où commence un lien maltraitant... versus une « bientraitance » ? Nombre d'ouvrages se sont penchés sur la question en constatant l'existence d'une vaste zone d'interprétations et de subjectivité (Brissiaud, 2001 ; Cirillo, Di Blasio, 1992 ; Marcelli, 2003).

Poursuivons et épinglons ces facteurs de vulnérabilité qui, s'ils sont cumulés, vont vraisemblablement participer, voire précipiter la répétition de maltraitance. Soulignons que les facteurs qui incitent à ce que les actes de maltraitance à l'égard des mineurs d'âges soient répétés sont pluriels, diversifiés et doivent être considérés comme des facteurs de risques et non être lus comme des « certitudes prédictives ». Parmi celles-ci, nous développons des éléments de la lignée psychoaffective, relationnelle, contextuelle, en nous rattachant aux deux fils rouges que représentent les concepts de loyauté et de transmission.

À travers cette réflexion, nous nous interrogeons sans toutefois apporter de réponses définitives ou réellement satisfaisantes ; tout au plus, tentons-nous d'approcher une meilleure compréhension des « systèmes maltraitants ». Car, après tout, comment un enfant peut-il ne pas être loyal à ses parents ? Comment peut-il déjouer l'histoire et ne pas la répéter ?...

Si chaque « événement maltraitant » est unique en soi et ne peut être réduit à un type de lecture référentiel, nous engageons ici une réflexion générale sur les individus et systèmes pris dans les interactions maltraitantes sans différencier les formes d'inadéquations. C'est ainsi que seront évoquées aussi bien la maltraitance physique, psychologique, sexuelle que la négligence grave, une base commune émergeant par les aspects de non-respect des besoins élémentaires du mineur d'âge et d'impacts



sur ses développements et épanouissement. Il est clair qu'une étude plus fine permettrait de se centrer davantage sur une forme particulière de maltraitance.

## ELEMENTS DE VULNERABILITE

### L'environnement social

Sans entrer dans un débat de société, il y a lieu d'évoquer en priorité ce facteur qui contribue à précipiter et/ou à maintenir le risque de maltraitance ; il s'agit du contexte qui entoure un système familial et dans lequel celui-ci s'inscrit.

L'humain interagit avec son environnement, il en est dépendant tout en le modelant en retour. Certaines conditions, qui ne sont pas nécessairement extrêmes, alimentent, entretiennent le marasme, l'atteinte de l'estime personnelle et les capacités de socialisation. Il est clair que chaque individu et chaque système familial présenteront une sensibilité différenciée par rapport à l'environnement sociétal en général. On peut difficilement comparer les conditions de vie d'une famille de l'Europe occidentale, de l'Amérique latine ou de l'Afrique centrale. Ce que les uns dans une partie du monde tolèrent et intègrent devient intolérable et aliénant pour d'autres à l'autre coin du monde. Si ce constat est aisé à établir parce qu'il considère des écarts en termes culturels, économiques et géopolitiques, bien des difficultés apparaissent quand on se centre sur une région en particulier où les différences flagrantes apparaissent sitôt le coin de la rue passé ! En effet, comment s'épanouir et établir des relations adéquates au sein de la famille lorsqu'on est préoccupé par le sort du lendemain, que l'on tente de survivre ou d'obtenir un statut lorsqu'on est exclu, stigmatisé, déraciné, rejeté... Cette existence est probablement encore plus insoutenable quand on sait que l'autre (son voisin) ne rencontre pas la même précarité.

Il y va d'une responsabilité collective de veiller à mettre en œuvre les conditions de respect de la dignité de chaque humain. À défaut de combattre l'individualisme, nous entretiendrons ce qui participe au non-respect des plus fragiles de la société, c'est-à-dire entre autres les enfants (Brissiaud, 2001 ; Tilmans-Ostyn, 1999).

### La place de l'enfant dans le sujet maltraitant

Penchons-nous alors sur le parent concerné par « l'agir maltraitant » en considérant à partir de lui les autres protagonistes et les éléments contextuels ainsi que leurs perspectives diachroniques. Quelle est la place de l'enfant ? Cette question ouvre celle de l'altérité. Ainsi, l'enfant réel confronte son parent avec sa part d'imperfections, d'insatisfactions, de provocations. L'enfant est indéniablement source de déception, de colère et d'énerverment. De plus, au-delà de leur plus ou moins grande défaillance, par leur statut et leur place dans le système familial, certains enfants





interagissent activement dans le processus maltraitant. Et, d'emblée, le rapport de force inégal facilite le passage à l'acte.

Cela étant dit, l'enfant est loin d'être toujours désiré ; il est dans bien des cas le fruit d'un événement « accidentel » ou violent. L'enfant ne peut alors que réactiver symboliquement et réellement la blessure, d'autant quand le parent procède par clivage et tente de nier cette part de haine qu'il adresse à celui qui l'a intrusé et lui a laissé ce « message » de destruction. Quoi qu'il en soit, la plupart des enfants, comme le mouvement incessant de la mer, manifestent un élan vers leur origine à la recherche d'un lien, d'une reconnaissance, au détriment parfois de leur propre intégrité. C'est ainsi que certains, placés en institution par mesure de protection, mettront en échec tout projet thérapeutique, répétant inlassablement leur unique volonté de retourner chez leur parent. Ces attitudes semblent plus marquées lorsque l'adulte a établi un lien sur un mode chaotique, désorganisé, où la relation connaît une oscillation par l'inconstance de l'investissement et de l'adéquation parentale à l'égard de l'enfant (Mouhot, 2001).

Dans les traumatismes chroniques, certainement quand l'enfant est très jeune, il ne différencie guère les mondes intérieur et extérieur et ne peut intégrer sur les plans cognitif et affectif les raisons de la violence à son égard. Lui qui attend de la constance et de la cohérence, il doit faire face aux comportements par lesquels son intégrité psychique et physique est mise à mal. Cette situation incompréhensible génère en l'enfant ce qu'on appelle une « culpabilité primaire » dans le sens où il se voit et se vit comme mauvais ; état qu'il ne peut qu'accepter en s'y résolvant. Ultérieurement, au fil du temps, il refusera que l'on soit bienveillant et adéquat avec lui étant donné qu'il a commencé l'existence avec une distorsion des liens : l'enfant est troublé. Il connaît une confusion entre adéquation et toxicité relationnelle. L'enfant peut également être traversé de pensées sacrificielles, se soumettant, adoptant une position passive pour « sauver le parent ». Il peut également éviter de penser, pris par le mécanisme de sidération que les tests estimant le quotient de développement objectivent rapidement (Brunet-Lézine par exemple). Berger et son équipe attirent l'attention sur le dépistage précoce des troubles de l'attachement en insistant sur la mise en place de temps évaluatifs rigoureux (Berger, 1987, 2004 ; Bonneville, 2003).

Ainsi, l'observation fine du jeune enfant et la passation de tests mettent en évidence les processus défensifs que le sujet établit pour bloquer la pensée. L'enfant pris dans de telles constellations risque à l'âge adulte de répéter le traumatisme, le jouant dans une finalité de réévoation de l'objet premier. Le cycle de répétition s'enclenche et il devient ardu d'en définir avec précision la source première. Le phénomène cyclique peut être renforcé par une éventuelle addiction sous-tendue par la part d'excitation liée à une modalité interactionnelle violente. En consultations, nous rencon-



trons ainsi des enfants terrifiés, indifférents, aux repères spatiotemporels perturbés, qui présentent un « gel des sentiments » marqué entre autres par l'évitement du regard et la pauvreté expressive du visage.

Par ailleurs, le parent peut entrevoir dans l'enfant une portée symbolique, négative et signifiante d'autres enjeux. Des dimensions imaginaires sont puissamment activées quand l'enfant perd aux yeux de l'adulte sa qualité de sujet propre pour devenir le prolongement fantasmatique d'un autre. L'autre, cela peut être le parent lorsque l'adulte voit en l'enfant le sujet adoré ou le bras armé de l'ex-conjoint ; dans une autre portée, il rappelle une autorité parentale disqualifiante violente. Le droit à la revanche s'affirme alors sur une légitimité destructrice que le parent nourrit, étant donné qu'il a accumulé tout au long de sa propre existence des blessures narcissiques parfois renforcée d'atteintes de son intégrité physique.

Comme le soulignent de nombreux auteurs (Barudy, 2003 ; Hayez, de Becker, 1997 ; Haesevoets, 1997), la dimension du don est pervertie dans l'inceste. Ici le parent donne à l'enfant des expériences inadaptées à son âge et à son statut. L'enfant, s'il ne semble pas traumatisé sur le moment, sera plus que probablement marqué dans l'après-coup. L'effraction intériorisée cause chez lui à tout le moins un trouble.

À la suite de Perrone (Perrone, Nannini, 1996), il y a lieu de penser que dans la maltraitance incestueuse, l'interdit s'est déplacé sur le langage. Les symptômes font du bruit à la place des mots. Il est clair que la mise en mots n'est pas sans risque. Van Gyseghem et Gauthier (1992) ont mis d'ailleurs en évidence un lien entre pulsion de mort et secret unissant de la sorte agresseur et victime. Le fait de garder un secret constitue en soi une protection contre la menace fantasmatique de destruction. Confier un secret c'est livrer en mots quelque chose d'innommable, en prenant un risque non négligeable car sitôt le secret révélé il ne remplit plus sa fonction protectrice.

Décrit par différents auteurs dont Laupies (2000), le mécanisme d'identification à l'agresseur est régulièrement évoqué chez l'auteur des faits de maltraitance. Nous l'avons déjà repris d'ailleurs. L'enfant ayant connu la violence dans son histoire, s'identifie pour une part à l'agent maltraitant et présente alors une auto- et une hétéro-agressivité. Le malaise ainsi généré alimente culpabilité et angoisse auxquelles le sujet ne peut pas consciemment donner une cause. Ultérieurement, l'enfant de ce parent sera le destinataire de la haine qu'il s'est appropriée. Cette victime devient alors le sujet blessé qui décharge sa rage et projette l'agresseur introjeté. On peut estimer que cette identification à l'agresseur s'appuie sur une loyauté de l'adulte envers son parent maltraitant. En agissant par identification, il montre qu'il n'est guère meilleur parent, qu'il ne vaut pas mieux que lui. Il maintient de la sorte un lien malgré tout avec ce parent qu'il peut par ailleurs idéaliser. Il occulte la réalité traumatique, il tente d'intérioriser un parent bienveillant.



L'aspect psychotraumatique d'un événement peut s'enkyster, s'encrypter au point où le sujet l'occulte et n'en parle pas ; l'effet de sidération évoqué plus haut va de pair avec la non-incorporation psychique, ne donnant pas accès aux représentations et au langage. Dans l'après-coup d'un traumatisme lié à la maltraitance, la victime d'agression s'identifie à l'agresseur, s'auto-accusant ne pas s'être assez défendue. Animé par la honte, se vivant comme coupable et donc en partie responsable, le sujet met en place un processus qui, d'une certaine façon, le préserve d'un rejet massif pour l'humain en général et des hommes en particulier. Si, au contraire, la victime se vit comme innocente et naïve, pleinement et totalement instrumentalisée par l'adulte, elle ne peut que se replier sur elle-même et voir son identité perturbée par le clivage (Darves-Bornoz, Degiovanni, Gaillard, 1995). Le discours bienveillant des professionnels et des membres de l'entourage qui accentue la dualité et la dichotomie perçue entre d'un côté l'adulte gravement inadéquat et de l'autre l'enfant victime et irresponsable renforce cette deuxième menace.

Quoi qu'il en soit, plus le traumatisme interviendra tôt dans le développement de l'enfant et sera reconduit, plus ce dernier intériorisera un lien sur un mode pathologique. S'en suivront des troubles de l'attachement avec désorganisation relationnelle et désorientation du sujet. Ces attachements caduques, perturbés précocement, constituent de réels « cancers du psychisme » dans leur volet affectif (Bonneville, 2003 ; David, 2004).

Si la violence est manifeste quand l'adulte s'en prend directement à l'enfant, n'omettons pas toutes ces situations où l'enfant est témoin de l'agression d'un parent sur son conjoint, et dont les répercussions traumatiques sur l'enfant sont tout aussi présentes.

L'enfant pris à parti dans une relation inadéquate ne concerne pas seulement celui de la relation objectale. Des auteurs comme Brissiaud (2001) et Tilmans-Ostyns (2004) ont insisté sur l'enfant emmuré, enfoui dans le parent maltraitant. Ce sujet-là, cet enfant-là est peu accessible et la souffrance qu'il a captée souvent de façon tacite va se retourner sur l'enfant réel ; la rage se déverse alors sur ce sujet présent en face de l'adulte servant de surface de protection au traumatisme antérieur. Lorsqu'il s'en prend avec violence à l'enfant en face de lui, l'adulte ne réalise pas qu'il maltraite un autre enfant, bloqué qu'il est dans son histoire traumatique ; il renvoie sa rage au parent qui l'a fait antérieurement souffrir. On peut estimer qu'il y a là une confusion de générations. La confusion est également présente quand l'adulte éprouve, d'habitude inconsciemment, le besoin d'un enfant idéal, réparateur de blessures de l'enfance ; l'enfant sert en quelque sorte de prothèse « narcissique ». Il est clair que dans l'établissement de telles relations, le mode relationnel est faussé, voire pervers. Au travers de ces distorsions, les patterns transactionnels dysfonctionnels vont se rejouer d'une génération à l'autre et ce, sous des formes diverses.



En se basant sur les travaux sur la loyauté, on constate, dans certaines familles, une inversion de rapport générationnel : l'enfant devient le parent de son parent, et ceci parfois à un très jeune âge. Par processus de parentification, il arrive qu'un adulte devenant parent et ayant subi la maltraitance répétée place son enfant dans une fonction parentale lui demandant inconsciemment, et parfois consciemment, d'assumer et d'assurer une responsabilité parentale... qu'évidemment les enfants ne peuvent pas occuper. Le risque est alors grand que ces enfants deviennent boucs émissaires et objets de maltraitance, portant en plus la responsabilité des problèmes familiaux et parentaux. Animés par la culpabilité et l'angoisse, ils s'épuiseront à tenter en vain de sauver la famille et « accepteront » en conséquence la maltraitance à leur égard étant donné qu'ils ont manqué à leurs finalités.

### Les mécanismes de défaillance parentale

En intégrant les éléments évoqués jusqu'à présent, nous pouvons identifier ce qui appartient à ce que l'on nomme des carences de soins au niveau maternel et paternel et ce, en lien à certaines défaillances (Neuburger, 1997 ; Strauss, Manciaux, 1982).

Tout d'abord, il n'est pas rare que des parents maltraitants conservent au fond d'eux une nostalgie de l'amour qu'ils n'ont pas connu et qu'ils espèrent encore et toujours ; ils adoptent une attitude de « gourmandise d'affection », affamés d'amour qu'ils sont sans pour autant en prendre réellement conscience. Perdus dans l'espoir, véritables « puits sans fond affectif », ils vont droit à l'échec relationnel et aux attentes réciproques déçues. Devenus parents, ces adultes, qui d'habitude ont une faible estime d'eux-mêmes, développent une espérance démesurée de réparation affective de la part de leurs enfants. Dans ces constellations familiales, l'enfant doit correspondre à cette mission ou à ce rôle au risque de la « chosification ». Il arrive aussi que l'adulte s'approprie le projet existentiel de l'enfant, l'utilise comme substitut, comme prolongement de lui-même, tentant de se réaliser à travers lui. Le mécanisme de différenciation fait alors défaut et une menace fusionnelle peut entraîner l'utilisation du corps de l'enfant comme objet sexuel par un adulte carencé.

Si l'enfant ne correspond pas aux attentes et aux désirs du parent, ce dernier ressent la trahison et la frustration ; rejet, négligence et violence apparaîtront alors. Dans ces tableaux de grands dysfonctionnements relationnels, les enfants montrent à tout le moins des difficultés de socialisation, s'intégrant difficilement dans une vie de groupe et ne respectant guère les limites, entre autres sur le plan corporel.



Ainsi, lorsque des parents n'ont pas bénéficié durant leur enfance d'une fermeté bienveillante, l'insécurité génère une perturbation dans la connaissance des limites de soi et de l'autre ; les relations en général sont alors marquées par un défaut du concept de réciprocité et de la fonction d'autorité. Ces systèmes familiaux se marqueront soit par du laxisme soit par du totalitarisme. Vont apparaître des comportements de violence physique, de la négligence, qui feront le nid d'une dynamique vengeresse ultérieure alimentant un cycle de répétitions.

Par ailleurs, des auteurs comme Barudy (2003) ont montré, dans la suite de ces défaillances de fonction parentale, des troubles qui se situent au niveau de la hiérarchie et des frontières familiales. Dans les systèmes maltraitants, les limites hiérarchiques sont peu claires, mal définies et guère respectées. Le contexte est flou, les fonctions et tâches de chacun sont à peine explicitées et alimentent une confusion. Des mécanismes comme la parentification ou encore la délégation alimentent ces systèmes qui conduisent habituellement à de l'opposition et aux interactions conflictuelles violentes, parfois meurtrières. D'autres processus se mettent en place, comme des coalitions qui amplifient les confusions générationnelles, traduites par exemple par une proximité entre des grands-parents et les enfants, disqualifiant la génération parentale. Grandir dans un tel contexte amène de profondes perturbations de l'apprentissage relationnel du sujet.

Des systémiciens ont mis en évidence une autre difficulté au niveau des frontières que la famille établit en elle-même et avec le monde extérieur (Cirillo, Di Blasio, 1992 ; Perrone, Nannini, 1996). Schématiquement, il existe trois grands types de frontières intrafamiliales : celles qui différencient les individus entre eux, les frontières qui distinguent des sous-systèmes et enfin les limites qui séparent les générations entre elles. Chacune de ces limites frontières peut faire défaut, ce qui entrave l'autonomisation du sujet et/ou la cohérence d'un couple. Les perturbations des frontières se concrétisent de différentes manières et donnent lieu à certaines formes de structure familiale problématique. La famille chaotique est marquée par l'inexistence des frontières, la famille enchevêtrée paraît lorsque les limites avec le monde extérieur sont trop perméables, et la famille désengagée est la conséquence d'une rigidité de frontière.

Soulignons que, quand bien même un adulte ne peut développer suffisamment sa fonction parentale à l'égard de son enfant étant donné les souffrances psychiques invalidantes et qu'il y a donc lieu d'envisager une séparation prolongée, il est nécessaire à nos yeux de maintenir un lien, plus que probablement médiatisé, pour éviter l'idéalisation et le processus de clivage corollaire. Des lieux spécialisés existent qui permettent de trianguler la rencontre et à tout le moins de protéger l'enfant de certains mécanismes parentaux dommageables. En consultation, nous serons attentifs à maintenir une pensée différenciée et ce, en présence du parent,



pour reconnaître la réalité telle qu'elle est et éviter de la sorte le risque de fusion pathogène.

### **La liberté individuelle**

À parcourir les éléments repris jusqu'à présent, on peut s'interroger sur le poids de nos racines sur le sujet ! Nous allons d'ailleurs aborder plus en détail ces questions. Soulignons toutefois dès à présent que de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité qui participent au risque de répétition de la maltraitance, il n'y a pas lieu d'omettre la part de décision du sujet et donc sa liberté intérieure. Dans l'absolu, tout individu possède un champ décisionnel pour les actes qu'il porte à soi-même et à l'autre. Il y va, non d'un jugement de valeur, mais d'une reconnaissance du statut de responsabilité. Dans la majorité des cas, l'auteur de maltraitance est responsable de l'agression qu'il commet et répète. Il est clair que les circonstances viennent connoter le passage à l'acte, non dans une perspective d'atténuation de responsabilité, mais pour respecter la singularité de chaque identité et le contexte relationnel (Hayez, de Becker, 1997).

Dans une finalité de compréhension des tenants et aboutissants de la maltraitance répétée, tout en évitant de condamner de manière systématique ou de stigmatiser, nous tentons de remettre les auteurs dans leur humanité ; c'est-à-dire aussi dans leur choix d'avoir opté pour un acte et sa répétition. Le travail sur les transmissions et loyautés, quand il est possible, autorise la personne à s'interroger et à redécouvrir son espace de liberté et donc de capacité à déjouer la violence. Cet objectif idéal n'est évidemment pas de mise dans tous les cas ! La liberté intérieure trouve ses origines dans le tempérament de base de l'individu, noyau central du sujet, dépositaire du patrimoine et des multiples introjections réalisées. Mais là aussi d'innombrables facteurs interviennent dans sa constitution et sa constante évolution. On ne naît décidément pas tous égaux. Une question récurrente apparaît alors : sommes-nous si libres que cela ?

### **DISCUSSION : DEUX CONCEPTS QUI TRANSCENDENT LES REPETITIONS**

---

Nous aurions pu intituler le paragraphe : pour en finir avec la répétition de la maltraitance ! Non sans une portée provocatrice, ce titre veut indiquer la perspective thérapeutique qui est la nôtre. Celle-ci mise sur la prise en compte centrale, dans l'accompagnement thérapeutique, des deux notions que sont la transmission et la loyauté.

### **La transmission**

Dans toutes les civilisations et cultures, à partir d'un besoin, l'humain a exprimé un désir de transmettre. Nul ne peut échapper à la transmission qui est intimement liée à l'histoire de l'Homme. La violence n'est pas exclue du phénomène. Rappelons-nous combien les guerres les plus radicales



visent à éradiquer le patrimoine de son ennemi ou/et à se l'approprier. Dans nos origines européennes, la culture latine a extrait de la Grèce antique les éléments pertinents à l'élaboration de ses identités. Dès lors, nous ne pourrions connaître aujourd'hui notre histoire, si les générations ne nous avaient pas laissé des traces de ce qu'elles ont connu et appris. L'homme s'appuie sur cet héritage afin de poursuivre ses incessants progrès, tous domaines confondus. L'ontogenèse et la phylogenèse participent et traduisent le processus ; c'est ce qui départage l'humain de l'animal, qui ne possède rien de pareil à notre phénomène de transmission. Par l'instinct, l'animal intègre les choses nécessaires et utiles à sa survie ; le langage, la pensée soutiennent la transmission de l'homme. On ne peut qu'espérer qu'il enrichisse son patrimoine et sa culture, en négociant les apports plutôt qu'en se les appropriant avec force et irrespect.

Ainsi, si la transmission des processus psychiques d'une génération à l'autre n'existait pas, chacun devrait recommencer son apprentissage de la vie depuis le début, sans évolution ni développement possible. Donc, on ne peut et ne pas hériter des générations précédentes et ne pas transmettre. Dès sa naissance, l'enfant reçoit des messages singuliers tels que son nom, son prénom, son contexte socioculturel. Tout ce matériel possède des aspects positifs et négatifs, qui interfèrent à tout moment sur son identité. Si, idéalement, l'héritage reçu participe à la construction structurante du sujet, lui permettant de trouver une place et une fonction dans la société, il peut, à l'opposé, comporter un versant destructeur.

L'histoire et l'héritage familiaux façonnent le devenir de tout individu, sans que celui-ci n'ait la possibilité de remanier les données structurelles qui lui sont transmises. C'est là où d'aucuns pourraient parler d'une « connotation violente » de la transmission par le fait qu'il n'y a pas de liberté à proprement parler ; personne ne choisit de faire partie ou non d'une chaîne précise de générations. Une part d'héritage est imposée à chacun d'entre nous. Au-delà des aspects perceptibles socialement, les affects sont transmis, sans grand espace de transformation, à la personne qui les reçoit. La trace mnésique et les représentations de ces affects suivront un destin particulier dans l'inconscient du sujet, participant à son élaboration. De plus, le sujet existe bien avant sa venue au monde ; l'enfant est porté par des attentes, tant de ses parents que des générations qui les précèdent. Les adultes projettent donc sur cet enfant à venir, que ce soit sous forme d'attentes positives ou de prédictions négatives. Si les premières participent à la construction d'une réalité qui rend compte des origines familiales, les secondes renvoient au champ de la destructivité.

Ainsi, chaque génération ne peut échapper à devoir se situer dans un sens ou dans l'autre par rapport à cette question de transmission. À son propos, Ancelin Schützenberger (1999) distingue deux formes : la première, qu'elle nomme « intergénérationnelle », appartient au champ conscient du





langage. Cette transmission est donc parlée et donne les us et coutumes ainsi que les valeurs défendues par la famille. Par la seconde, largement inconsciente, transitent les secrets, les non-dits, les mythes familiaux qui sont transmis d'une génération à l'autre, sans être réellement élaborés. Cette transmission appelée « transgénérationnelle » sous-tend davantage les traumatismes, qu'ils prennent l'expression de maladies ou de dysfonctionnements en tout genre.

Par ailleurs, à la suite de Kaës (Kaës, Faimberg, Enriquez, Baranes, 2003), nous estimons que l'homme est confronté à deux contraintes, deux nécessités somme toute. Il a d'abord à se réaliser dans un projet singulier et unique, en d'autres termes à « gagner » son autonomisation ; il doit ensuite se situer comme maillon d'une chaîne générationnelle à laquelle il est assujéti. La chaîne donne libre cours à diverses associations : chaîne et solidarité, par exemple. Mais cette métaphore peut comporter un aspect péjoratif d'emprisonnement, ce qui rappelle les écrits de Freud (1913, 1920) quand il parle « d'héritage archaïque de l'humanité » pour évoquer la transmission des interdits, de la culpabilité liée aux fautes de nos ancêtres dont nous sommes les héritiers. Nous sommes de la sorte impliqués en tant que maillons, à la fois dépositaires et bénéficiaires d'une longue trame dont nous sommes partie constituée et partie constituante. De l'inconscient nous est transmis par la chaîne des générations à laquelle nous ne pouvons totalement échapper. Tout comme nous n'avons pas le choix d'avoir un corps ou non, nous venons au monde par le corps et par le groupe ; le monde est corps et groupe. Quoi qu'il arrive, nous sommes tous et sujet singulier et membre de groupe. De plus, Kaës et coll. conceptualisent la transmission dans ce qu'elle organise par essence, fondamentalement, à partir de ce qui fait défaut. En d'autres termes, le sujet transmet sa part d'insatisfaction, d'irréalisation, sa part de négatif aussi. Cette considération n'est pas sans rappeler également les propos de Freud quand il affirmait que le narcissisme de l'enfant se construit sur ce qui manque à la réalisation des rêves et désirs des parents.

Aujourd'hui, la réflexion se porte sur la transmission transgénérationnelle des traumatismes psychiques. Des auteurs comme Tilmans-Ostyn (Tilmans-Ostyn, 2004 ; Tilmans-Ostyn, Meynckens-Fourez, 1999) et Stettbacher (1991) ont montré combien un enfant peut devenir le dépositaire d'une souffrance qui ne lui appartient pas directement et dont il révèle la persistance. Ces auteurs analysent le phénomène de « résonance émotionnelle » qui se transmet d'une génération à l'autre. Ainsi, lorsqu'un événement rappelle, par un trait commun, le traumatisme non résolu plus ou moins refoulé de l'enfance d'un adulte, elle mobilise une énergie psychique particulière qui se dégage et se répercute sur l'axe relationnel en prenant des formes variées. Le traumatisme du passé, qui n'est guère élaboré et encore moins parlé, fait émerger un comportement qui traduit le mal-être généré par la situation présente. Quand un enfant est confronté



aux attitudes inhabituelles, sur le plan émotionnel, de la part de son parent, cela génère un sentiment d'insécurité pour lui. La conséquence est évidente : il va connaître l'angoisse, la tristesse ou encore l'agitation dans une finalité inconsciente de tenter de comprendre et de rejoindre son parent (Janin, 1996).

Dans le même ordre d'idées, si la transmission s'organise à partir de ce qui n'est pas advenu dans les générations précédentes, la maltraitance peut se comprendre comme une modalité d'expression et de positionnement par rapport au manque. On s'en prend à soi-même ou on se décharge sur l'autre. C'est ainsi qu'on constate que la maltraitance « tient au corps et au groupe ». Et certains estimeront qu'on maltraite comme on a subi, comme on l'a appris..., par l'acte et le passage à l'acte. L'héritage destructeur possède un haut degré de « transmissibilité », d'autant qu'il se véhicule surtout par le transgénérationnel. La transmission deviendra aliénante quant le sujet ne peut éviter l'emprise. Et comme il est impossible de ne pas transmettre et de ne pas recevoir en héritage, nous avons toujours de « l'autre » en nous, ce qui conduit à considérer la transmission comme élément participant inéluctablement au processus identificatoire.

Cela étant dit, le sujet, dans sa destinée propre, possède (heureusement !) un certain espace de liberté par rapport à l'héritage des générations précédentes. Quand il le décide et le choisit, selon ses ressources aussi, il effectue un travail d'appropriation, de réappropriation, puis, plus tard, de transmission d'un matériau personnel et familial à la fois. Il s'agit d'un vaste contenu d'informations relatives aux générations, ainsi que de leur modalité d'utilisation. Le champ de liberté individuelle se situe probablement dans l'exercice de configuration de l'héritage transmis que tout sujet réalise et adapte à sa propre évolution.

La transmission ne passe pas toujours par la parole ni par le dialogue entre les générations ; toutefois, des signes peuvent être observés et appréhendés dans la façon d'être de chaque individu. D'après Ancelin Schützenberger (1999), dans une famille, les enfants savent tout, surtout ce qu'on ne leur dit pas ! Ici, le terme « savoir » se rapproche davantage d'une perception que d'une connaissance précise. Quoique... !

Le passage intergénérationnel des inconscients personnels et familiaux amène également certains sujets à agir sans réellement connaître les tenants et aboutissants de leurs actes. S'appuyant sur les travaux d'Abraham et de Torok (1978), on peut estimer qu'il s'agit là de l'effet d'un secret qui, sautant parfois l'une ou l'autre génération, se révèle comme un fantôme sorti de sa crypte. Comme le précise Tisseron (Tisseron, 2004 a, 2004 b ; Tisseron, Torok, Rand, Nachin, Hachet, Mouchy, 1995), on distingue les revenants des fantômes : les premiers sont des morts qui reviennent hanter des vivants qu'ils ont connus et avec lesquels ils ont partagé de l'histoire ; les fantômes, quant à eux, désignent aussi des morts rendant



visite aux vivants, mais des vivants qui ne les connaissent pas. Si le revenant est reconnaissable par l'individu rencontré, le fantôme ne l'est pas. Lorsqu'une personne a vécu des événements traumatiques dans l'enfance qu'elle refoule, il se peut qu'elle soit, malgré elle, traversée par certaines images, que ce soit sous forme d'idées obsédantes, d'angoisses ou de cauchemars. On peut dire qu'elle est alors « hantée » par un revenant puisqu'elle sait que ses angoisses sont liées à un événement provenant de son passé. Ainsi, il arrive que le sujet soit en contact avec une situation qui, par l'un ou l'autre aspect, lui rappelle la scène traumatique pour que le revenant « se réveille et le trouble » (Calicis, 2006).

La transmission et l'histoire familiale constituent ainsi des événements majeurs dans la formation de l'identité ; par l'histoire, il faut comprendre le « roman familial » dans le sens d'un savant mélange de souvenirs, d'additions, d'oublis, de réalités. Il s'agit d'une part de subjectif intensément subjectivé ! Tributaires de notre contexte familial, nos choix sentimentaux, nos orientations professionnelles seront fonction des transmissions inter- et transgénérationnelles. Progressivement, les secrets, les non-dits, transmis d'une génération à l'autre, deviennent sources de souffrance ; celle-ci ne s'explique pas, elle s'inscrit, s'encrypte et s'enracine dans l'inconscient. À un moment, les projections parentales étant à l'œuvre, un enfant peut devenir bouc émissaire du système familial et la violence à son égard survient.

Un auteur comme Neuburger (1997) a également étudié le concept de transmission, en insistant certes sur le cadre familial, mais surtout sur l'acte de transmettre davantage que sur le contenu même à livrer. Neuburger introduit les notions de destins familial et individuel qu'il considère comme mythes fondateurs et qui président à la destinée des personnes et des groupes. En effet, le destin étant une création a posteriori, c'est uniquement dans l'après-coup que l'on décide qu'il existe et qu'il s'exprime à travers tel ou tel événement. Dans le champ de la maltraitance à enfant, existe-t-il la possibilité de « se défaire » d'une pareille destinée en ne répétant pas les comportements violents ? En consultations, quand on reparle des actes maltraitants, il n'est pas rare que les adultes confient un certain fatalisme, un manque de liberté tant dans l'acte que dans la pensée, étayé par l'accumulation de contraintes extérieures dont ils sont en partie responsables. Ces mêmes parents illustrent cette impossibilité de se dégager d'une destinée par le fait que, de génération en génération, les services sociaux « accompagnent » leur famille, sans grand résultat... Peut-être même d'ailleurs que la présence inefficace, voire néfaste des intervenants confirme et précipite la destinée malheureuse !



## Les loyautés

C'est Boszormenyi-Nagy, par sa thérapie contextuelle, qui a conceptualisé la notion de loyauté dans le sens où un individu privilégie une relation au détriment d'une autre (Boszormenyi-Nagy, Krasner, 1986 ; Boszormenyi-Nagy, Spark, 1989 ; Heirneinan, 1996). Il développe la définition de loyauté au-delà des notions de respect de règle de l'honneur ou de conformité aux prescriptions de la loi habituellement attribuée à ce terme. La loyauté constitue une valeur réelle dans le sens qu'elle invite l'individu au respect de soi et de l'autre, dans un engagement pris au niveau relationnel ; elle l'implique dans un processus de probité et de fiabilité, qui participe à l'établissement de relations objectales constructives. Pour l'auteur, la loyauté régule les relations sur le mode d'une balance d'équité entre le fait de donner et celui de recevoir. À l'œuvre dans toute « transaction humaine », elle concerne certainement les liens familiaux dont en particulier l'axe vertical des générations. Ainsi, transmission et loyauté se rejoignent, se renforcent et positionnent tout individu dans une chaîne générationnelle dont il ne peut se démarquer. Soulignons-le encore une fois, on ne choisit pas son histoire, pas plus qu'on ne peut opter pour telle ou telle couleur de peau ou d'iris. L'implacable réalité génétique rappelle que nous provenons d'un lien déterminé à accepter une fois pour toutes. Demeure que l'on reste libre de se l'approprier ou d'en prendre distance, mais on ne peut le nier, au risque sinon de développer des manifestations pathologiques. Un écueil régulièrement observé consiste à ne pas reconnaître ces balances de loyauté et à répéter, sans prise de conscience, les « erreurs du passé ». Dans ces cas, la personne figée dans un rôle ou une fonction reproduit des attitudes déjà vécues par les générations précédentes, devant répondre aux obligations familiales. Les attentes de celles-ci peuvent induire des devoirs sur les générations suivantes et conduire, par processus de délégation, les enfants à s'empêcher de se réaliser pour eux-mêmes (Stierlin, 1979). Ces derniers peuvent connaître également des conflits de loyauté quand ils sont partagés entre des « tâches » (objectifs, projets...) incompatibles, opposées, demandées explicitement ou implicitement par des personnes affectivement importantes. En effet, la loyauté trouve sa source dans les liens originels dès la naissance de l'individu ; par le don de vie, une relation irréversible et asymétrique s'établit entre les parents et l'enfant. La notion de néoténie, qui rend compte de la prématurité physiologique et psychologique de l'humain à sa naissance, explique sa totale dépendance qu'il éprouve à l'égard d'abord de sa mère. Une dette existentielle envers celle-ci lie tout enfant bien au-delà de l'élaboration consciente qu'il peut en réaliser. Ainsi, quand bien même des relations familiales seraient totalement rompues, la loyauté continue à agir sans se traduire nécessairement par le versant de la fidélité d'ailleurs. Si les liens verticaux d'une génération à l'autre sont par définition asymétriques, les liens que l'individu tisse avec ses pairs ne sont pas d'office plus égaux ou égalitaires. Quoique d'habitude



réversibles, les relations au sein d'une même génération sont évaluées en reposant sur les balances de justice, de réciprocité dans les mérites et sur l'équilibre des dons. Ainsi, nous nous construisons à travers des dons reçus et offerts. Donateurs et donataires trouvent normalement un gain dans l'échange ; lorsqu'il donne, l'individu obtient lui-même dans le même temps un bénéfice personnel. Ce processus participe à une « légitimité constructive » tant qu'il respecte l'altérité et certaines limites de part et d'autre. En effet, le don n'est guère constructif s'il ne tient pas compte des besoins de l'autre, s'ils les excèdent, par exemple. Il y a lieu aussi que la balance du donner/recevoir soit symétrique, que chaque personne ait autant à donner et autant à recevoir que l'autre. Le processus doit se concevoir dans la durée, étant donné que la balance oscille constamment d'un temps de déséquilibre à l'autre. La loyauté agit par et sur le don, dans tout système relationnel au fonctionnement sain, étant donné la confiance dans l'expérience de l'échange lorsqu'on a reçu et donné. La loyauté familiale se structure à partir de l'histoire du groupe, de son mythe, de son équilibre interne et trouve une résonance chez chacun de ses membres. Ceux-ci héritent alors, selon une transmission propre, d'une manière de régler les dettes et mérites familiaux. Les loyautés verticales et horizontales vont se croiser durant toute la vie d'une personne et se cristalliser à des moments existentiels forts comme le mariage, la parentalité. Les conflits de loyauté apparaîtront lorsqu'il y aura opposition entre les deux types de loyauté. Pris dans un tel « nœud », l'individu peut se dégager de la tension par le versant psychosomatique ou le passage à l'acte, qu'il soit violent ou non. Le conflit peut aussi se radicaliser et conduire au clivage ; c'est l'exemple classique de l'enfant coincé entre ses parents qui se le disputent. Si les questions de loyauté sont parfois évidentes, quoique complexes à délier, certaines se montrent sourdes, tacites, invisibles... ou inconscientes pour le sujet concerné. Une loyauté de ce type peut consister à intérioriser une dette envers le passé, qui trouve alors son « remboursement » par la destruction de soi et/ou de l'autre.

Un autre cas de figure réside dans une forme de loyauté excessive, de « sur-loyauté », lorsque, par exemple, un enfant devenu jeune adulte souhaite prendre son autonomie sous le couvert officiel de son entourage et qu'il est en fait perçu comme déloyal, délaissant ses parents. Contradictions, messages paradoxaux, culpabilisation, représentent le « terreau » de situations où l'indépendance d'un sujet menace la cohérence du groupe. Quand, malgré tout, un membre d'une famille décide de rompre avec elle, le risque est grand qu'il s'acquitte de sa dette envers les générations précédentes en se tournant vers ses propres enfants, entre autres en les maltraitant. Afin d'« expier cette faute », il les confie alors aux grands-parents, par lui-même ou l'intermédiaire des systèmes sociaux, qui voient, dans ces derniers, un lieu d'accueil providentiel. L'adulte se soulagera, de cette façon, de sa dette envers ses parents. On peut estimer que la loyauté



« accroche » le sujet à son histoire, l'y enrachine... Ainsi, d'une certaine manière, plus nous avançons dans la vie, plus nous risquons d'être de moins en moins libres. Et, en accumulant au fil des générations les dettes et les mérites, se constitue un « grand livre de contes » et de comptes ! À chaque génération, l'on tente de garder ou de rétablir l'équilibre à partir de l'héritage reçu.

Mais, si une génération, malgré ses tentatives, ne parvient pas à ses fins, elle peut « passer la main » et déléguer la tâche à la génération des enfants ; la dette passe aux suivants. Boszormengi-Nagy a nommé ce phénomène « l'ardoise pivotante ». Les enfants se voient chargés de la mission de « rembourser les dettes » en lieu et place de leurs parents. Dans certains cas, ils se sacrifieront totalement pour réaliser la tâche. Au-delà des termes utilisés qui ont une connotation mercantile et financière, on se situe clairement dans le champ affectif où la subjectivité règne en maître et induit malaise et quiproquo par l'utilisation massive des secrets et des non-dits.

Dans le prolongement du concept de loyauté, existe celui de légitimité qui définit une relation de confiance basée sur le respect et la réciprocité. Quand il y a rupture de lien, par exemple quand un parent abandonne son enfant ou rompt brutalement la relation, prend place une légitimité « destructrice » chez le sujet laissé pour compte. L'enfant confronté à l'adulte négligent, destructeur, voire violent, ne peut construire une relation d'échange, déçu qu'il devient à la longue de ne pas recevoir ce qu'il attend et espère légitimement. La rage vengeresse peut alors se substituer à la confiance bienveillante.

## **APPLICATIONS : L'ACCOMPAGNEMENT THERAPEUTIQUE**

Mettre fin à la maltraitance en adoptant les mesures de protection à l'égard des mineurs d'âge nécessaires est en soi un temps incontournable dans l'accompagnement. D'autres écrits décrivent avec pertinence les multiples questions liées à l'axe de l'aide protectionnelle (Gabel, 1992 ; Haesevoets, 1997). Toutefois, on doit constater que ces démarches, aussi utiles soient-elles, ne suffisent pas à « enrayer » les cycles de la répétition ! D'ailleurs, l'éloignement de l'enfant maltraité, quand il n'est pas « travaillé » correctement, amène celui-ci à mettre en échec les mesures d'aide à son égard. Les puissantes loyautés amplifient les liens d'attachement même les plus déstructurés.

Dès lors, on ne peut entrevoir une piste thérapeutique intéressante que si, à côté d'actions posées dans le réel social, prennent place des rencontres de parole. Nous nous situons alors après la crise, c'est-à-dire dans une phase de traitement proprement dit. Les formats de rencontre individuelle et de famille se complètent habituellement pour autoriser une reconnaissance et une prise de parole sur les événements abusifs. Reconnaître et



nommer permettent un positionnement différencié qui distancie du lien d'emprise et de ses répercussions à court et long termes.

Au-delà d'une prise en charge des aspects d'un éventuel *Post Traumatic Stress Disorder*, l'on doit proposer un accompagnement spécifique ciblé sur les tenants et aboutissants des faits de maltraitance. Il n'est pas question ici de se centrer et de revenir continuellement sur l'aspect matériel de la réalité traumatique ou d'appuyer les culpabilités des uns et des autres ; il ne s'agit pas non plus d'adopter une attitude d'écoute, d'acquiescement bienveillant, dans une visée de soutien inconditionnel. On rencontre de-ci de-là des thérapeutes, très militants, touchés émotionnellement par les témoignages et qui, inconsciemment, alimentent le versant de victimisation de leurs jeunes et moins jeunes patients. Nous ne prôtons pas non plus les échanges dans lesquels les cliniciens reprennent, exclusivement, en écho les (dernières) phrases énoncées par les sujets qui les consultent. Par ailleurs, le cadre analytique strict ne semble pas approprié pour accompagner la majorité des personnes impliquées dans les dynamiques familiales maltraitantes. Mais alors, quelle attitude adopter ?

Parmi les différentes approches qui existent dans le domaine des psychotraumatismes, on peut citer le modèle de la perlaboration d'Horowitz (1992), qui s'est inspiré des travaux de Freud. Pour l'auteur, le travail proposé vise à modifier les plans cognitif et affectif, intrapsychique et relationnel, à propos de ce qui s'est produit dans le traumatisme ou dans la répétition de celui-ci tant par les actes violents eux-mêmes que par l'intrusion dans la pensée du traumatisme lui-même.

Le travail de perlaboration suppose de former de nouveaux schèmes en mettant en question les schèmes antérieurs, c'est-à-dire de rendre plus compatibles les conceptions que le sujet a de lui-même, du monde, avec les données qu'il a engrammées au moment du traumatisme et lors des événements corollaires qui ont suivi. Rappelons que ce qui fait trauma résulte du hiatus entre les informations apportées par les événements traumatiques et la conception du soi antérieure à ceux-ci. Encore faut-il qu'il y ait eu un passé « autre » ! Il est vrai que le modèle d'Horowitz s'applique d'abord aux victimes d'agression comme un viol par exemple. Le traumatisme ouvre une blessure narcissique qui ne cicatrise que par un processus de transformation de soi, de manière analogue à l'expérience de la perte et du deuil. Ainsi, la perlaboration d'un traumatisme peut être définie comme la mise en œuvre d'une transformation du soi tout comme l'endeuillé élabore la question de la perte.

La façon de se concevoir, de se penser avec soi-même et les autres, de reconsidérer le traumatisme est profondément analysée dans cet accompagnement thérapeutique rarement rectiligne en termes d'évolution. Les évitements, les « passages à vide », les souvenirs, les cauchemars sont autant de signes de souffrance liés au risque de débordement du travail de perlaboration.



Cet axe thérapeutique est intéressant car il ouvre à notre conception de l'accompagnement des traumatismes générés par la maltraitance. Notre approche vise à remobiliser chaque membre impliqué dans une famille dite maltraitante en se centrant sur les notions de loyauté et de transmission. Ce travail, de longue durée, tente de (ré)évoquer les forces à l'œuvre qui ont amené les uns et les autres à se situer dans une réciprocity relationnelle dysfonctionnante. En entretien familial, par exemple, nous invitons les parents à « faire parler » leurs propres parents sur des points simples et pourtant essentiels de toute vie familiale. C'est fréquemment l'occasion de permettre à des enfants d'entendre pour la première fois leurs parents « ouvrir une petite porte » sur leur enfance. La perspective n'est toutefois pas de vouloir lever le voile, par une forme « d'indiscrétion thérapeutique », estimant que ce qui est dit et su favorise une meilleure communication entre les individus. Nous privilégions cette mise en mots pour aborder les représentations et accéder à une distanciation des aspects liés aux mécanismes du passé, se rappelant que si les événements antérieurs appartiennent à l'histoire, les douleurs morales peuvent toujours être d'actualité. En invitant parents et enfants à parler, quand c'est possible et après préparation, des traumatismes (grands et petits) mais également des incompréhensions, des questions restées sans réponse, nous déstigmatisons, sans la rompre, une loyauté au parent du parent, éventuellement décédé, inaccessible ou encore susceptible d'être rencontré.

Comme nous l'avons indiqué, tout individu est pris dans un maillage complexe de loyautés ; en commençant par un aspect, famille et thérapeute s'engagent à dégager les fils d'une pelote de nœuds, mais l'objectif est loin de vouloir tout dénouer (ce ne serait pas envisageable !), de tout rendre « lisse ». En nommant les « nœuds de loyauté » dans lesquels les individus sont pris, nous veillons au dégagement, au positionnement différencié : « Oui, mon père m'a battu, il avait ses raisons, mais il est mort, je ne veux pas savoir pourquoi. J'ai son caractère et je m'emporte vite... je tiens à mes enfants, mais je ne sais pas réagir autrement qu'en les frappant... c'est comme si mon père était en moi. »

Accéder à ce niveau de reconnaissance et de compréhension représente en soi une étape loin d'être négligeable ; nous n'avons pas pour autant mis fin à tout risque de répétition et il est clair qu'une élaboration doit se poursuivre aussi en des temps de rencontre individuelle en vue d'une plus grande autonomisation du sujet.

L'enfant, les enfants ne sont pas écartés de la réflexion commune. S'ils bénéficient d'un positionnement autre de l'adulte inadéquat, ils sont invités, selon leur âge et leur développement, à prendre part dans ce qui fait les enjeux actuels tant au niveau des affects que des représentations. L'utilisation de métaphores, de contes, qui dégage de la vie réelle, facilite l'expression de leur perception des places, les leurs et celles des autres.





La considération de plusieurs générations dans l'élaboration, leurs liens et interactions visibles et non visibles, indique l'implication de chacun dans la chaîne générationnelle.

Il n'est pas rare que l'on « tombe » sur des « blancs », des morceaux de chaînes manquants ; il est intéressant alors d'interroger les modalités établies par la famille pour couvrir les manques, ce qui a été rajouté, créé d'une certaine façon, pour éviter la rupture de continuité. Parfois, rien n'a été mis en place ; et plus un mythe familial est « troué », plus les individus sont « orphelins » d'une histoire, menacés qu'ils sont alors d'une angoisse d'abandon, d'une angoisse de perte de transmission.

Plusieurs générations se succèdent alors avant qu'un membre de la famille, on ne sait trop pourquoi, interroge son histoire et autorise de la sorte les uns et les autres à (se) comprendre. Mais voilà, tous les individus ne sont pas prêts à remettre en question non pas tant ce qu'ils sont dans leurs actes actuels mais ce qu'ils ont été, eux et leurs propres parents. Il est bien souvent ardu de poser un regard tout simplement réaliste sur un parcours de vie et de verser dans les regrets peu réconfortants. C'est là où le traitement prend toute sa quintessence, par « l'arrêt sur image » et surtout sur les actes et les mots qu'il propose.

## POUR CONCLURE

On ne peut excuser la maltraitance et celle-ci n'est jamais une fatalité. À côté des mesures de protection des plus jeunes, les professionnels sont libres de postuler sur les compétences des individus et des familles en vue de modifier leur fonctionnement (Ausloos, 2004). Il est vrai que plus les membres d'un système familial accumulent des facteurs de vulnérabilité, plus le risque de répétition de maltraitance est élevé. À la suite de Kaës et coll. (2003), nous pensons que nous sommes tous reliés à une chaîne générationnelle à laquelle on ne peut totalement se soustraire. D'où découle la question : avons-nous la liberté de transmettre ce que nous souhaitons ? Transmission et loyauté participent à l'édifice de notre identité ; les rejeter ou les fuir demande une énergie qui ne servira qu'à l'illusion. On ne laisse pas derrière soi ses loyautés familiales. Le vécu de l'enfant adopté l'illustre à propos. Ainsi, on est toujours rattrapé par l'histoire dont on provient. Par ailleurs, nous savons que lorsque nous posons un acte relationnel quel qu'il soit, à visée constructive ou à portée destructrice, il recèle toujours une double finalité : vers la personne elle-même et vers le champ symbolique imaginaire qui en est corollaire.

Dans une visée thérapeutique, l'on ne peut que soutenir que le fait de ne pas reconnaître, ne pas énoncer, « ne pas parler la maltraitance » augmente la menace de chronicité ; moins on nommera, plus le risque de répétition augmentera. L'humain est de la sorte composé qu'il est traversé de forces homéostatiques renforcées, entre autres, aussi par la dépendance d'un



certain plaisir lié à la transgression. D'un jeu à deux acteurs (agresseur/victime), voire parfois à trois (agresseur/victime/sauveur), l'intervention thérapeutique propose un modèle à  $n + 1$  protagonistes : agresseur/victime/sauveur/tiers, où ce dernier (le tiers) ouvre sur une lecture non seulement synchronique mais également diachronique des événements. La psychothérapie est un travail de mise en récit, d'historicisation selon Cyrulnik (2003). La mise en récit permet, entre autres, de réinscrire l'événement traumatique dans un processus historique, là où, auparavant, il était isolé, enkysté. Cette mise en mots, cette nomination, autorise de s'accepter avec les parties sombres de soi et d'articuler les zones clivées de l'affect.

Et n'omettons pas que l'enfant perçu comme résilient réalise le dépassement de ce qui fait traumatisme en y associant une énergie psychique réelle ; à trop banaliser le phénomène, on risque de nier le « prix à payer » pour la résilience et dans la suite d'être confronté, parfois bien des années plus tard, au retour du refoulé sous quelque forme que ce soit.

## REFERENCES

- Abraham N., Torok M. (1978), *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.
- Ancelin-Schutzenberger A. (1999), *Aïe, mes aïeux ! Liens transgénérationnels, secrets de famille, syndrome d'anniversaire et pratique du géosociogramme*, Paris, Desclée de Brouwer.
- Ausloos G. (2004), *La compétence des familles*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.
- Barudy J. (2003), *La douleur invisible de l'enfant*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.
- Berger M. (1987), *L'enfant et la souffrance de la séparation*, Paris, Dunod.
- Berger M. (2004), *L'échec de la protection de l'enfant*, Paris, Dunod, coll. « Enfances ».
- Bonneville E. (2003), *À la rencontre du traumatisme des liens chez l'enfant placé*, DEA Faculté de psychologie Université de Lyon 2.
- Boszormenyi-Nagy I., Krasner B. (1986), *Between Give and Take : A Clinical Guide to Contextual Therapy*, New York, Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy I., Spark G. M. (1989), *Invisible loyalties : Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*, Levittown, Brunner/Mazel.
- Brissiaud P.-Y. (2001), *Surmonter ses blessures : de la maltraitance à la résilience*, Paris, Retz.
- Calicis F. (2006), *La transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la souffrance non dite*, Thérapie familiale, Genève, vol. 27, no 3, p. 229-242.
- Cirillo S., Di Blasio P. (1992), *La famille maltraitante*, Paris, ESF.
- Cyrulnik B. (2003), *Le murmure des fantômes*, Paris, Odile Jacob.
- Darves-Bornoz J.-M., Degiovanni A., Gaillard P. (1995), Why is dissociative identity disorder infrequent in France ?, *American Journal of Psychiatry*, 152 (10), 1530-1531.
- David M. (2004), *Le placement familial*, Paris, Dunod.
- Freud S. (1913), *Totem et tabou*, Paris, Payot, 1998.
- Freud S. (1920), Au-delà du principe du plaisir, in *Essai de psychanalyse*, Paris, Payot, 1998.
- Gabel M. (dir.) (1992), *Les enfants victimes d'abus sexuels*, Paris, PUF.
- Haesevoets Y.-M. (1997), *L'enfant victime d'inceste*, Bruxelles, De Boeck.



- Hayez J.-Y., Becker E. de (1997), *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, Paris, PUF.
- Heirneiman M. (1996), *Du côté de chez soi, la thérapie contextuelle d'I. Boszormenyi-Nagy*, Paris, ESF.
- Horowitz M.-J. (1992), *Stress Response Syndromes*, NJ, Jason Arensen, Northwale.
- Janin C. (1996), *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF.
- Kaës R., Faimberg H., Enriquez M., Baranès J.-J. (2003), *Transmission de la vie psychique entre générations*, Paris, Dunod.
- Laupies V. (2000), *Les quatre dimensions de l'inceste : compréhension factuelle, psychique, systémique et éthique. Approche intégrative de la thérapie chez l'adulte*, Paris, L'Harmattan.
- Marcelli D. (2003), *L'enfant, chef de la famille*, Paris, Albin Michel.
- Mouhot F. (2001), Le devenir des enfants de l'Aide sociale à l'enfance, *Devenir*, 13 (1), 31-66.
- Mugnier J.-P. (1999), *Le silence des enfants : trois récits enchevêtrés d'une histoire unique suivis d'une nouvelle sans titre*, Paris, L'Harmattan.
- Neuburger R. (1997), *Le mythe familial*, Paris, ESF.
- ONE (Office de la naissance et de l'enfance) (2005), *Rapport d'activité 2005*, Communauté française de Belgique.
- Perrone R., Nannini M. (1996), *Violence et abus sexuels dans la famille : une approche systémique et communicationnelle*, Paris, ESF.
- Stettbacher J. K. (1991), *Pourquoi la souffrance ?*, Paris, Aubier.
- Stierlin H. (1979), *Le premier entretien familial*, Paris, Delarge.
- Strauss P., Manciaux M. (1982), *L'enfant maltraité*, Paris, Fleurus.
- Tilmans-Ostyn E. (2004), Le Petit Prince a dit... et les anciens l'ont entendu, *Thérapie familiale*, Genève, 2004, 25 (4), 417-432.
- Tilmans-Ostyn E., Meynkens-Fourez M. (1999), *Les ressources de la fratrie*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.
- Tisseron S., Torok M., Rand N., Nachin C., Hachet P., Mouchy J.-C. (1995), *Le psychisme à l'épreuve des générations : clinique du fantôme*, Paris, Dunod.
- Tisseron S. (2004 a), *Les démons réveillés par les images*, in « Procès Dutroux. Penser l'émotion » (sous la dir. de Vincent Magos), *Temps d'arrêt*, n° 15, *Lectures*, coll. éditée par la Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, Bruxelles, p. 137-144.
- Tisseron S. (2004 b), Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter agir : le risque de la confusion, *Temps d'arrêt*, *Lectures*, coll. éditée par la Coordination de l'aide aux victimes de maltraitances, Bruxelles.
- Van Gyseghem H., Gauthier L. (1992), De la psychothérapie de l'enfant incestué, *Santé mentale au Québec*, 1992, XVII, 1, 1-11.
- Visart C. (2006), *Loyauté et transmission, mécanismes bénéfiques pour la famille et ses membres ?* Mémoire de licence en psychologie clinique, UCL.

# LE CYCLE INTERGENERATIONNEL DE LA VICTIMISATION SEXUELLE DANS L'ENFANCE : MODELE EXPLICATIF BASE SUR LA THEORIE DU TRAUMA

*Karine Baril, M.Sc., Ph. D. candidate, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation<sup>1</sup>  
Marc Tourigny, Ph. D., Université de Sherbrooke, département de psychoéducation*

Les taux d'agression sexuelle dans l'enfance rapportée par des mères d'enfants agressés sexuellement suggèrent la présence d'un cycle de victimisation intergénérationnel. Malgré ces prévalences élevées, on explique difficilement les mécanismes pouvant intervenir entre la victimisation sexuelle d'un parent et celle de son enfant car les études empiriques sur le sujet sont peu nombreuses. Ce texte propose un modèle explicatif du phénomène basé sur la théorie du trauma et dont les principales hypothèses découlent de l'état des connaissances actuelles concernant les conséquences à long terme et l'étiologie de l'agression sexuelle dans l'enfance. Ce modèle suggère que les conséquences à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance chez les mères, incluant les difficultés psychologiques, relationnelles et conjugales, constituent des facteurs qui augmentent les risques de victimisation sexuelle pour leur enfant. Ces séquelles, en plus d'être exacerbées ou réactivées par la maternité, peuvent interférer avec le rôle parental de ces mères. Ces difficultés risquent de compromettre la supervision de l'enfant et pourraient favoriser le développement de caractéristiques chez l'enfant qui sont associées à une plus grande vulnérabilité face à l'agression sexuelle. Les implications cliniques liées à l'étude de ce phénomène sont discutées.

**Mots-clés :** Aggression sexuelle dans l'enfance; Cycle intergénérationnel; Modèle explicatif; Conséquences à long terme; Facteurs de risque.

**Keywords :** Child sexual abuse; Intergenerational cycle; Explicative model; Long-term outcomes; Risk factors.

Parmi un ensemble de facteurs individuels, familiaux et environnementaux qui augmentent la vulnérabilité d'un enfant à être agressé sexuellement, un passé d'agression sexuelle dans l'enfance de la mère a été établi comme un des facteurs augmentant le plus ce risque chez un enfant (Avery, Hutchinson, & Whitaker, 2002; Finkelhor, Moore, Hamby, & Straus, 1997;

<sup>1</sup> Université de Sherbrooke - Faculté d'éducation - Département de psychoéducation  
150, place Charles-Le Moyne - bureau 200 - Longueuil (Québec) J4K 0A8  
Téléphone : (450) 463-1835 poste 61748 - Télécopieur : (450) 463-1839



McCloskey & Bailey, 2000; McCloskey, 2013; Testa, Hoffman, & Livingston, 2011; Zuravin, McMillen, DePanfilis, & Risley-Curtiss, 1996). Néanmoins, la continuité de la victimisation sexuelle à travers les générations n'a pas fait l'objet d'un grand nombre d'écrits scientifiques et l'on comprend peu comment l'agression sexuelle de la mère intervient comme facteur de risque dans la victimisation sexuelle de son enfant. Dans ce contexte, cet article propose un modèle explicatif du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle qui est basé sur la théorie du trauma. Ce modèle et son hypothèse centrale reposent sur les connaissances scientifiques actuelles concernant les conséquences à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance et les facteurs de risque de la victimisation sexuelle dans l'enfance.

## 1. LE CYCLE INTERGÉNÉRATIONNEL DE LA VICTIMISATION SEXUELLE DANS L'ENFANCE

L'examen de la littérature scientifique portant sur la continuité des mauvais traitements à travers les générations montre qu'il existe différentes définitions ou formes de cycle intergénérationnel des mauvais traitements dans l'enfance (Dixon, Hamilton-Giachrisis, & Browne, 2005; Egeland, Bosquet, & Chung, 2002; Zuravin et al., 1996). L'agression sexuelle dans l'enfance se distingue d'autres formes de mauvais traitements par le fait qu'elle peut être commise par une personne à l'extérieur de la famille. Il s'avère donc essentiel de considérer la victimisation sexuelle de façon distincte lorsqu'il est question de cycle intergénérationnel, puisqu'il s'agit d'un phénomène singulier dont la compréhension est altérée s'il est traité avec toute autre forme de mauvais traitement. Par *cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance*<sup>2</sup>, nous entendons ici qu'il y a eu agression sexuelle à la fois dans l'enfance du parent et de son enfant, et que ce parent n'en est pas l'agresseur. Puisque les données actuelles ont uniquement pu montrer que le passé d'agression sexuelle de la mère intervenait comme facteur de risque de la victimisation sexuelle d'un enfant, cet article portera exclusivement sur les mères.

Sur la base d'échantillons majoritairement cliniques de différentes études recensées, entre 34 % et 74 % des mères d'enfants agressés sexuellement affirmaient avoir également été victimes d'agression sexuelle au cours de l'enfance (Baril, Tourigny, Hébert, & Cyr, 2008; Cyr, McDuff, & Wright, 1999; Faller, 1989; Hiebert-Murphy, 1998; Lewin & Bergin, 2001; McCloskey & Bailey, 2000; Oates, Tebbutt, Swanston, Lynch, & O'Toole, 1998). Des auteurs ont par ailleurs suggéré une prévalence moyenne d'agression sexuelle dans l'enfance de 50 % auprès des mères d'enfants agressés sexuellement (Baril et al., 2008). Or, au sein de la population générale, la prévalence de la victimisation sexuelle dans l'enfance des femmes est estimée à 20-25 %

<sup>2</sup> Par *agression sexuelle dans l'enfance*, on entend l'agression sexuelle envers des mineurs, soit les enfants âgés de moins de 18 ans.



(Pereda, Guilera, Forns, & Gómez-Benito, 2009). Deux études ont comparé la prévalence de la victimisation sexuelle dans l'enfance auprès de mères d'enfants agressés sexuellement et auprès de mères dont les enfants n'en avaient pas été victimes. Celles dont les enfants n'avaient pas dévoilé d'agression sexuelle étaient significativement moins nombreuses à rapporter avoir été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance (16 % et 7 %), en comparaison aux mères dont l'enfant avait été agressé sexuellement (respectivement 45 % et 61 %) (Kim, Noll, Putnam, & Trickett, 2007; Kim, Trickett, & Putnam, 2010; Lewin & Bergin, 2001).

Plusieurs hypothèses cliniques ont été soulevées depuis une cinquantaine d'années pour comprendre la continuité de la victimisation sexuelle à travers les générations, mais aucune n'a fait l'objet de validation empirique. La plupart de ces hypothèses mettaient la mère au cœur de l'explication de la reproduction de relations incestueuses entre les générations (Kaufman, Peck, & Tagiuri, 1954; Raphling, Carpenter, & Davis, 1967; Zuelzer & Reposa, 1983). Les hypothèses cliniques avancées portaient entre autres sur la répétition de patrons relationnels permettant la tolérance d'une relation incestueuse père-fille, référaient au choix d'un conjoint à l'image de l'agresseur de la mère ou encore proposaient que les difficultés relationnelles des mères survivantes<sup>3</sup> d'agression sexuelle faisaient en sorte qu'elles « sacrifiaient » leur fille afin de préserver une relation avec leur conjoint. À partir des années 1980, voyant que ces interprétations ne permettaient pas d'expliquer à la fois les agressions sexuelles intrafamiliales et celles commises à l'extérieur de la famille, en plus d'échouer à comprendre la continuité intergénérationnelle auprès de jeunes victimes masculines, plusieurs auteurs refusent alors les explications de la mère complice et rejettent l'attribution de la responsabilité à toute mère pour une agression sexuelle qu'elle n'a pas commise. Malgré ce renversement, la question du rôle de la mère dans l'agression sexuelle de son enfant demeure un sujet actuel et passablement controversé (Breckenridge, 2006). Pour notre part, en nous intéressant à la continuité intergénérationnelle de la victimisation sexuelle dans l'enfance, nous ne souhaitons pas sous-entendre qu'une mère puisse jouer un rôle dans la victimisation sexuelle de son enfant. La victimisation sexuelle dans l'enfance d'une mère est ici perçue comme un facteur de risque de l'agression sexuelle chez l'enfant. Les résultats de recherche qui ont identifié cette victimisation chez la mère comme un facteur de risque dans l'étiologie de l'agression sexuelle dans l'enfance doivent plutôt être interprétés comme le résultat de conséquences à long terme et intergénérationnelles qui ont pu entraîner une augmentation du

**3** Le terme « survivant » d'agression sexuelle utilisé dans ce texte est une traduction du terme « survivor » couramment utilisé dans la littérature anglo-saxonne. Les mots « victime » et « survivant-e » figurent dans ce texte, mais l'auteur reconnaît leurs limites. Ces termes désignent dans le cadre de ce texte une personne adulte qui a été victime d'une agression sexuelle dans l'enfance (avant 18 ans) et ne renvoient pas à une conception idéologique précise.



risque de victimisation de l'enfant. En raison des implications cliniques en jeu, il s'avère pour nous crucial de comprendre précisément de quelle façon ce facteur intervient dans les cas de continuité intergénérationnelle.

Quelques études ont tout de même permis d'identifier des facteurs de risque de continuité intergénérationnelle de la victimisation sexuelle dans l'enfance. Ainsi, les mères impliquées dans un cycle intergénérationnel seraient plus susceptibles de rapporter un vécu d'abus physique et d'abus psychologique dans l'enfance, elles rapporteraient davantage de séparations d'avec leur propre mère dans l'enfance, ainsi que plus d'instabilité dans l'enfance en termes de nombre de déménagements, et ce, en comparaison aux mères survivantes d'agression sexuelle dont l'enfant n'a pas été victime dans l'enfance (Trickett, Noll, & Putnam, 2011). D'autres facteurs concernent une plus grande présence ou sévérité de difficultés psychologiques à l'âge adulte, tels des symptômes associés à l'état de stress posttraumatique (ÉSPT), des symptômes dépressifs et l'abus de substances (Baril, 2007; Leifer, Kilbane, & Kalick, 2004; McCloskey & Bailey, 2000; Trickett et al., 2011; Zuravin et al., 1996). Les mères survivantes d'agression sexuelle et impliquées dans un cycle seraient aussi plus susceptibles d'avoir vécu à l'âge adulte un plus grand nombre d'autres victimisations (physique, psychologique et sexuelle) et d'une plus grande sévérité (Leifer et al., 2004). Les difficultés relationnelles des mères semblent aussi être associées au cycle intergénérationnel, avec davantage de patrons d'attachement non sécurisant à l'âge adulte, une relation avec le conjoint de plus courte durée et de qualité moindre, ainsi que davantage de violence conjugale (Leifer et al., 2004). Certaines difficultés concernant le rôle maternel semblent aussi être plus présentes auprès des mères impliquées dans un cycle intergénérationnel avec un plus faible encadrement offert et moins de satisfaction avec leur fille (Trickett et al., 2011). Finalement, une étude a montré auprès d'un échantillon de mères survivantes d'agression sexuelle qu'une plus faible supervision maternelle et une plus grande approbation de la mère concernant la sexualité, telles que perçues par leur adolescente, prédisaient la victimisation sexuelle de leur fille (Testa et al., 2011). Ces résultats sur les facteurs associés au cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle provenant de quelques études permettent l'amorce d'une compréhension du phénomène, mais leur faible nombre et les limites méthodologiques qu'elles présentent traduisent l'état embryonnaire de la recherche sur le sujet.

## 2. PROPOSITION D'UN MODELE EXPLICATIF

À notre connaissance, il n'existe pas actuellement de modèles théoriques qui ont tenté d'expliquer la continuité de la victimisation sexuelle d'une génération à une autre. S'appuyant sur les connaissances scientifiques actuelles, nous suggérons ici un modèle explicatif qui pourrait contribuer à la compréhension du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle



dans l'enfance. Ainsi, au regard des facteurs identifiés par les études comme étant associés au cycle intergénérationnel, on constate que ce qui semble caractériser davantage les mères impliquées dans un cycle intergénérationnel se révèle être à la fois des séquelles à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance, mais également des facteurs de risque maternels et familiaux qui sont considérés dans l'étiologie de l'agression sexuelle chez l'enfant. Ce constat est la base de notre modèle, dont les différentes composantes prennent assises dans la théorie du trauma.

Le modèle explicatif ici proposé a été développé en s'inspirant de la théorie contemporaine du trauma qui propose une conception plus globale et développementale du trauma en intégrant le concept de traumatisme complexe (Herman, 1981; Herman, 1992; van der Kolk, 2005; van der Kolk, 1996). Actuellement, selon l'American Psychiatric Association (APA, 2013), un évènement traumatique réfère à une situation dans laquelle un individu a été exposé (directement ou indirectement) à un ou des évènements durant lesquels : 1) des individus ont pu mourir ou être gravement blessés; 2) ont été menacés de mort ou de graves blessures; 3) ou encore ont été menacés ou victimes d'une agression de nature sexuelle, et ce, incluant le fait d'en être victime ou témoin chez autrui. Les manifestations d'un ÉSPT incluent : 1) les réviviscences de l'évènement (souvenirs ou cauchemars répétitifs et intrusifs, impression d'agir comme si l'évènement allait se reproduire, etc.); 2) l'évitement (effort pour éviter de penser ou de parler de l'évènement, problème de mémoire, perte d'intérêts, isolement, etc.); 3) les cognitions et l'humeur négatives (attribution persistante et erronée du blâme, isolement social, diminution marquée des intérêts dans les activités, incapacité à se remémorer certains éléments de l'évènement); et 4) l'activation neurovégétative (troubles du sommeil, irritabilité, difficultés de concentration, réactions de sursaut exagérées, hypervigilance).

Ainsi, les mauvais traitements dans l'enfance, dont l'agression sexuelle, constituent une forme de trauma et entraîneraient des symptômes de stress posttraumatique chez une proportion considérable d'enfants (Berthiaume, Bériault, & Turgeon, 2006) et d'adultes (Van Ameringen, Mancini, Patterson, & Boyle, 2008). Toutefois, contrairement à un évènement traumatique ponctuel, tel qu'un accident de voiture ou une catastrophe naturelle, un évènement traumatique relationnel, prolongé, répété et survenant dans une période développementale, comme c'est le cas dans plusieurs situations d'agression sexuelle à l'enfance, est plutôt considéré comme un trauma complexe (Roberge, 2011). Selon cette conception contemporaine qui intègre les progrès récents des neurosciences, le trauma complexe est le résultat d'une réaction posttraumatique complexe chez la victime et est à la source de nombreuses manifestations pathologiques que le diagnostic d'ÉSPT classique ne décrit pas, malgré les modifications apportées récemment dans le DSM-5 (APA, 2013). En plus des symptômes de réviviscence, d'évitement, de pensée et d'humeur négative, et d'activation





neurovégétative qui sont présents dans l'ÉSPT classique, un traumatisme interpersonnel sévère survenu à l'enfance, comme l'agression sexuelle, entraînerait plutôt des conséquences complexes et développementales à l'enfance et à l'âge adulte, qui se manifesteraient par l'altération de différents domaines de fonctionnement chez la victime (Cloitre et al., 2009). Les symptômes sont ainsi plus complexes, diffus et chroniques et des changements sur le plan de la personnalité et des relations sont présents (Roberge, 2011). Le trauma complexe devient donc une façon de conceptualiser la diversité des séquelles documentées de l'agression sexuelle vécue dans l'enfance. Cette conception diagnostique conçoit que l'altération des domaines de fonctionnement se manifeste par un ensemble de difficultés dans les différentes sphères de la vie de la victime et qu'elles peuvent évoluer de façon chronique, ce qui a l'avantage d'intégrer plusieurs des résultats de recherche sur les difficultés à l'âge adulte des survivants d'agression sexuelle.

Dans une perspective écologique des psychotraumatismes, Harvey (1996) ajoute que l'intensité de la réponse comportementale d'un individu confronté à un événement traumatique résulte d'une interaction complexe entre des facteurs individuels et des contingences environnementales. L'intensité du stress posttraumatique déclenché lors de la première victimisation sexuelle constituerait le facteur le plus important dans la variation des séquelles à long terme, cette intensité pouvant être influencée par les caractéristiques de cette agression (gravité, fréquence, âge, lien avec l'agresseur, etc.). De plus, il est clair que toutes les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance ne présentent pas la même nature de difficultés et que l'intensité de ces séquelles varie d'une victime à l'autre selon différents facteurs. Ces facteurs sont généralement regroupés en trois catégories: 1) les caractéristiques liées aux agressions sexuelles et leur dévoilement; 2) les caractéristiques personnelles de la victime, incluant les stratégies d'adaptation et les cognitions qu'elles adoptent; et 3) les ressources de soutien provenant de l'environnement familial et social à l'enfance (Barker-Collo & Read, 2003). Il appert également que les autres formes de mauvais traitements vécus dans l'enfance de la victime, en cooccurrence avec l'agression sexuelle, favorisent le développement de séquelles plus nombreuses et d'intensité supérieure (Bouchard, Tourigny, Joly, Hébert, & Cyr, 2008; Higgins & McCabe, 2001).

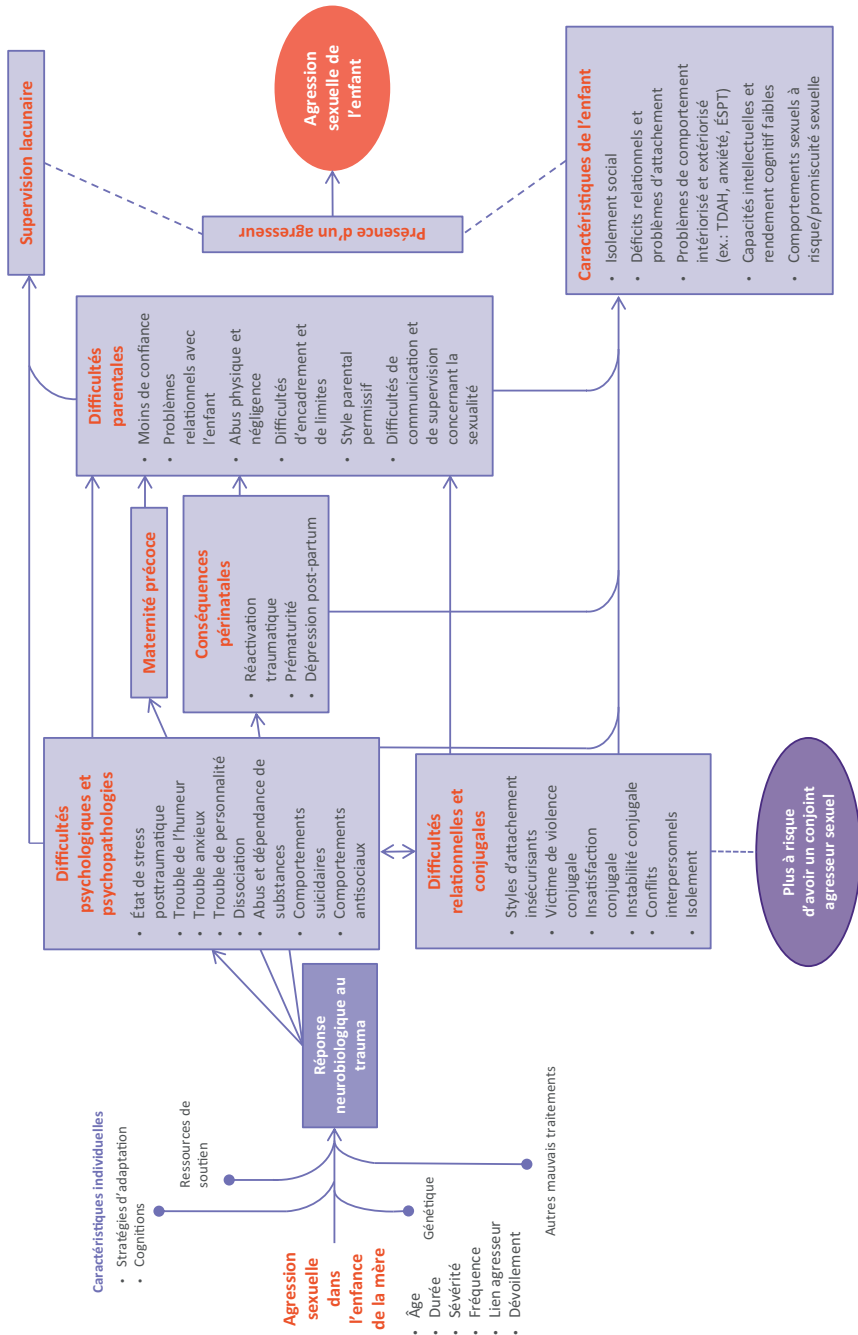
Tel qu'illustré à la Figure 1, nous suggérons que les conséquences issues d'un trauma complexe que peuvent présenter des mères ayant été agressées sexuellement dans l'enfance, ainsi que leur évolution dans le temps, sont susceptibles d'influencer leur rôle parental et d'avoir des répercussions sur le développement et le bien-être de leur enfant, ainsi que sur l'environnement dans lequel il évolue. Dans certains cas, ces conséquences personnelles et parentales peuvent devenir des facteurs augmentant la vulnérabilité de l'enfant à être victime d'agression sexuelle, notamment



en influençant la supervision parentale offerte et en contribuant au développement de caractéristiques personnelles chez l'enfant qui seraient recherchées par les agresseurs sexuels.

Dans la prochaine section, une recension des écrits concernant ces différentes composantes permettra de dresser l'état actuel des connaissances sur les conséquences à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance. Cette recension permettra de bien situer la trajectoire développementale et intergénérationnelle des femmes survivantes d'agression sexuelle afin de soutenir l'hypothèse centrale du modèle proposé.

Figure 1. Modèle explicatif du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance





## 2.1 Les conséquences à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance

Les études portant sur les conséquences à l'âge adulte des agressions sexuelles dans l'enfance sont nombreuses et révèlent une diversité de conséquences possibles chez les victimes, et ce, dans plusieurs sphères de fonctionnement. L'ensemble de ces recherches permet de conclure que l'agression sexuelle durant l'enfance est un facteur de risque important dans l'apparition de difficultés d'adaptation psychologique et sociale à l'âge adulte pour les hommes et les femmes, mais plus particulièrement pour les femmes (Webster, 2001). Les principales conséquences à long terme peuvent être regroupées selon trois catégories, soit : 1) les séquelles neurobiologiques; 2) les problèmes psychologiques, incluant les psychopathologies; et 3) les difficultés relationnelles et conjugales. De plus, ces séquelles, qui peuvent être présentes depuis l'enfance ou l'adolescence, sont susceptibles d'évoluer vers d'autres formes à l'âge adulte, pouvant toucher les sphères périnatale et parentale chez les femmes qui deviennent mères (DiLillo & Damashek, 2003; Leeners, Richter-Appelt, Imthurn, & Rath, 2006).

### 2.1.1 Les séquelles neurobiologiques

Récemment, différentes études se sont penchées sur les séquelles neurobiologiques d'un traumatisme dans l'enfance, tel que l'agression sexuelle. Ces recherches ont montré que le traumatisme psychologique pouvait avoir, à l'instar d'un traumatisme physique, des effets délétères sur le fonctionnement cérébral, particulièrement si ce traumatisme survenait dans l'enfance (Weber & Reynolds, 2004). Ainsi, face à une situation stressante ou dangereuse, la réponse de l'organisme implique une sécrétion d'hormones qui mettra en action à la fois le système limbique, l'hypothalamus, l'hypophyse et les glandes surrénales (axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien ou HPA). Une cascade d'événements successifs conduira ainsi à une élévation des glucocorticoïdes, dont le cortisol. Lorsque le niveau de cortisol chez l'individu est élevé de manière chronique, qu'il est très bas, ou encore mal régulé, il en résulte des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale (Tarullo & Gunnar, 2006).

Alors que le système HPA est immature à la naissance, les expériences vécues au cours des premières années de vie vont moduler l'activité de base de ce système. Les événements de vie négatifs en bas âge comme l'agression sexuelle, et plus particulièrement si l'enfant ne reçoit pas de soutien ou de réponse sensible de la part d'une figure d'attachement, sont susceptibles d'engendrer une élévation du niveau de base de cortisol chez l'enfant (Tarullo & Gunnar, 2006). Les traumatismes psychologiques pendant l'enfance provoquent ainsi un ensemble de réponses neurobiologiques au stress qui organise le fonctionnement cérébral selon des patrons spécifiques qui peuvent se maintenir tout au cours de la vie (Rick



& Douglas, 2007; Tarullo & Gunnar, 2006). D'ailleurs, en ce qui concerne spécifiquement des victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, différentes études ont permis d'associer cette forme de victimisation avec un dérèglement de l'axe HPA à l'enfance et à l'âge adulte (Trickett et al., 2011). Les résultats d'une étude longitudinale indiquent même que l'agression sexuelle dans l'enfance de jeunes filles prédisait le dysfonctionnement de certains systèmes de réponse au stress (axe HPA) sept ans plus tard, et qu'en retour, ce dysfonctionnement prédisait des niveaux élevés de symptômes dépressifs et de comportements antisociaux au début de l'âge adulte (Shenk, Noll, Putnam, & Trickett, 2010). Ces séquelles neurobiologiques et vulnérabilités engendrées par le traumatisme psychologique peuvent influencer les réponses adaptatives au stress et favoriser le développement de problèmes de santé mentale, tels l'ÉSPT, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, le trouble de personnalité limite, des troubles dissociatifs de l'identité et l'abus de substances (Rick & Douglas, 2007; Tarullo & Gunnar, 2006). Ainsi, résultant du traumatisme lié à l'agression sexuelle, les effets neurobiologiques s'avèrent des séquelles de l'agression sexuelle, mais apparaissent influencer sur le risque de développer d'autres difficultés psychologiques et de santé mentale chez la victime, appuyant la théorie du trauma complexe.

Toutefois, plusieurs facteurs, tels que la génétique; le sexe et l'âge au moment des traumatismes; la présence de problèmes de santé mentale antérieurs au traumatisme; la présence d'autres adversités au cours de la vie; et la présence de soutien affectent la sensibilité du système HPA. Ces facteurs vont affecter différemment la capacité d'adaptation aux événements de vie ultérieurs et sur le développement d'autres difficultés qui peuvent s'ensuivre (Rick & Douglas, 2007; Tarullo & Gunnar, 2006).

### 2.1.2 Les difficultés psychologiques et les psychopathologies

De manière cohérente avec les récentes découvertes concernant les effets neurobiologiques d'un traumatisme psychologique, il s'avère que les survivantes d'agression sexuelle rapporteraient à l'adolescence ou à l'âge adulte davantage de détresse psychologique et de problèmes psychiatriques comparativement aux femmes ne rapportant pas en avoir été victimes. Ces difficultés incluent des symptômes de l'ÉSPT, des troubles de l'humeur (dépression, dysthymie, trouble bipolaire), de l'anxiété, des troubles psychotiques, la consommation abusive d'alcool et de drogues, des troubles de personnalité, ainsi que des comportements suicidaires et automutilatoires (Bouchard et al., 2008; Chen et al., 2010; Cutajar et al., 2010; Dube et al., 2005; Hillberg, Hamilton-Giachritsis, & Dixon, 2011; Langeland & Hartgers, 1998; Lundberg-Love, 2006; Maniglio, 2010; Maniglio, 2011;

4 *Renvoie à tous services d'aide reçus par un professionnel du domaine psychosocial ou de la santé. Ces services peuvent inclure ceux reçus dans un contexte d'autorité (par ex. : services de protection de l'enfance) ou sur une base volontaire (par ex. : psychothérapie individuelle, suivi médical en santé mentale).*



Maniglio, 2013; E. C. Nelson et al., 2002; Neumann, Houskamp, Pollock, & Briere, 1996; Pérez-Fuentes et al., 2013; Sartor et al., 2013; Trickett et al., 2011; Zlotnick et al., 2006).

La littérature scientifique montre que les problèmes de santé mentale associés à l'agression sexuelle dans l'enfance seraient présents dès le début de l'âge adulte, soit à un âge où une victime est susceptible de connaître la maternité et la parentalité. Ainsi, une étude longitudinale effectuée auprès de 1 000 jeunes adultes a montré le lien entre un passé d'agression sexuelle avant l'âge de 16 ans et différentes psychopathologies diagnostiquées entre l'âge de 18 et 25 ans (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008). Les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance présentaient au début de l'âge adulte davantage de troubles dépressifs, de troubles d'anxiété, de troubles des conduites, de dépendance à des substances ainsi que d'idéations et de tentatives suicidaires, même en contrôlant pour l'effet de l'abus physique vécu dans l'enfance, le QI, le genre et un ensemble de difficultés parentales et familiales dans l'enfance.

Dans plusieurs de ces études, le lien entre l'agression sexuelle dans l'enfance et les problèmes de santé mentale à l'âge adulte était maintenu même en contrôlant pour les autres adversités au cours de la vie chez ces personnes. Une étude récente réalisée auprès d'un échantillon de 34000 adultes américains a d'ailleurs montré que les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance étaient trois fois plus susceptibles d'avoir eu au cours de leur vie un problème de santé mentale (Pérez-Fuentes et al., 2013). Dans cette étude, l'agression sexuelle dans l'enfance prédisait à l'âge adulte à la fois la présence d'une dépression majeure, d'un trouble bipolaire, d'un trouble panique, d'un ÉSPT, d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et d'un trouble des conduites, et ce, même en contrôlant pour les caractéristiques sociodémographiques des participants, d'autres mauvais traitements et adversités vécus dans l'enfance et la coprésence d'autres problèmes de santé mentale.

Dans le même sens, plusieurs études s'étant intéressées aux facteurs pouvant influencer l'adaptation à long terme des victimes d'agression sexuelle dans l'enfance ont montré que même en considérant un ensemble de facteurs individuels, familiaux et sociaux, le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle dans l'enfance demeure associé à un plus grand risque de problèmes d'adaptation et de psychopathologies à l'âge adulte (Fergusson et al., 2008; Najman, Nguyen, & Boyle, 2007). Toutefois, on ignore à l'heure actuelle si le fait pour ces victimes d'avoir reçu des services<sup>4</sup> influence leur adaptation à l'âge adulte. Comme les séquelles présentées par les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance et leurs répercussions sont à la base de notre explication de la continuité intergénérationnelle, le dévoilement et les services reçus par les victimes sont des variables qui doivent être considérées. Le soutien reçu par l'entourage, la précocité



des services et l'efficacité des interventions apparaissent également des variables qui pourraient jouer un rôle central dans la trajectoire développementale et intergénérationnelle de ces mères.

### 2.1.3 Les difficultés relationnelles et conjugales

Plusieurs études soutiennent également que les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance présenteraient plus de problèmes au plan relationnel à l'âge adulte. Concernant les relations interpersonnelles, quelques études révèlent que les adultes ayant été agressés sexuellement dans l'enfance rapportent moins de confiance envers les autres, plus de conflits avec leur famille et leurs amis, et davantage de sentiments de stigmatisation et d'isolement que des adultes qui n'en ont pas été victimes (Neumann et al., 1996; Ruscio, 2001; Zlotnick et al., 2006). En ce qui concerne leur vie conjugale, les survivants d'agression sexuelle rapporteraient une plus faible satisfaction dans leur couple, plus de discorde et de conflits, un nombre plus élevé de partenaires sexuels, et plus de séparations et de divorces que les adultes des groupes de comparaison (DiLillo & Damashek, 2003; DiLillo, Giuffre, & Tremblay, 2001; Liang, Williams, & Siegel, 2006; Van Roode, Dickson, Herbison, & Paul, 2009; Zlotnick et al., 2006). Les femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance seraient aussi plus à risque de vivre de la violence physique et sexuelle de la part de leur conjoint (DiLillo & Damashek, 2003; Friesen, Woodward, Horwood, & Fergusson, 2010; Ogloff, Cutajar, Mann, & Mullen, 2012; Schuetz & Eiden, 2005; Trickett et al., 2011; Zlotnick et al., 2006). Une étude longitudinale effectuée auprès de 900 Néo-Zélandais a montré que le fait d'avoir vécu une agression sexuelle avant l'âge de 16 ans, particulièrement des agressions sévères, était associé à différentes difficultés relationnelles à l'âge de 30 ans, incluant une moins grande stabilité auprès des partenaires amoureux, moins de satisfaction conjugale et une prévalence plus élevée de violence conjugale subie (Friesen et al., 2010). Ces associations sont demeurées significatives même en considérant différentes variables de l'enfance et de la famille.

Liang et ses collaborateurs (2006) expliquent ce lien entre un passé de victimisation sexuelle dans l'enfance et cette diversité de problèmes interpersonnels à l'âge adulte par trois hypothèses, soit que : 1) la victimisation sexuelle rendrait plus difficile chez certaines victimes l'établissement de relations saines, étant donné leur manque de confiance en elles et envers les hommes; 2) que le style d'attachement insécurisant dont les victimes d'agression sexuelle sont plus susceptibles de présenter pourrait exacerber leurs difficultés d'intimité émotionnelle et sexuelle; et 3) qu'une généralisation du trauma par l'évitement de relations intimes pouvait aussi expliquer les difficultés relationnelles des victimes. Ces explications rejoignent les résultats d'études montrant que les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance sont plus susceptibles de présenter des patrons d'attachement insécurisant, et ce, dès l'adolescence (McCloskey, 2013). Par ailleurs, une



autre étude a aussi montré que la détresse psychologique présentée par de jeunes femmes victimes de mauvais traitements dans l'enfance jouait un rôle médiateur entre la victimisation dans l'enfance et les problèmes relationnels à l'âge adulte, tels que les problèmes d'intimité, un plus grand dysfonctionnement sexuel et davantage de recours à la violence physique, suggérant que les victimes présentant plus de détresse psychologique à l'âge adulte sont plus susceptibles de rapporter des difficultés dans leurs relations conjugales (DiLillo, Lewis, & Di Loreto-Colgan, 2007).

Il a aussi été montré que les femmes survivantes d'agression sexuelle étaient plus à risque d'être en couple avec un partenaire présentant certaines caractéristiques. Ces femmes seraient plus susceptibles de décrire leur partenaire comme dépendant, peu confiant, immature, dominant ou présentant un problème d'alcool (DiLillo et al., 2001; Dube et al., 2005). Dans le même sens, les conjointes d'agresseurs sexuels intrafamiliaux ont été décrites dans quelques études comme plus à risque d'avoir vécu de la victimisation sexuelle dans l'enfance et au cours de leur vie, mais aussi d'autres formes de victimisation (Trepper, Niedner, Mika, & Barrett, 1996; Trickett & Schellenbach, 1998; Zimmerman-Hicks, 2006), laissant croire que les femmes survivantes d'agression sexuelle sont plus susceptibles d'être en couple avec des agresseurs. Par exemple, une étude effectuée auprès de conjointes d'agresseurs sexuels en attente de traitement relève que ces femmes rapportaient avoir été agressées sexuellement dans 52 % des cas (Zimmerman-Hicks, 2006). Faller (1989) a plus spécifiquement montré que près de la moitié des épouses de pères incestueux rapportaient un passé d'agression sexuelle, alors que ce taux de victimisation sexuelle grimpeait à près de 70 % chez les femmes dont leur conjoint avait agressé leur enfant (beau-père). De plus, les conjointes d'agresseurs sexuels seraient plus susceptibles de présenter un ensemble de difficultés qui se révèlent être aussi des séquelles à long terme de l'agression sexuelle dans l'enfance, dont la détresse psychologique, des relations conflictuelles avec leur conjoint et davantage d'insatisfaction conjugale (Trepper et al., 1996; Trickett & Schellenbach, 1998; Zimmerman-Hicks, 2006).

Ces données permettent de soulever l'hypothèse que les femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance sont plus à risque, et particulièrement celles présentant plus de difficultés, d'être en couple avec un homme présentant des difficultés sur le plan de la personnalité et concernant l'abus de substances, ou avec un homme étant à risque d'agresser sexuellement. Même si ces données tendent vers une hypothèse qui pourrait être centrale pour expliquer la continuité intergénérationnelle de la victimisation sexuelle dans le modèle proposé, le peu de recherches scientifiques concernant le choix du conjoint chez les survivantes d'agression sexuelle et la faible qualité méthodologique de ces études obligent à la prudence. De plus, considérant que les agressions sexuelles commises par une figure paternelle représenteraient moins du quart de toutes les situations dans





les données officielles (Ministère de la sécurité publique du Québec, 2011; Ogradnik, 2010), le choix d'un conjoint au potentiel d'agresseur constitue une hypothèse qui permettrait d'expliquer une partie seulement des cas intergénérationnels. En dépit du potentiel d'agression du conjoint de la mère, les difficultés qu'il est plus susceptible de présenter (problèmes de personnalité, consommation, etc.) pourraient toutefois influencer le climat familial et ultimement le développement de l'enfant.

## 2.2 La parentalité des survivantes d'agression sexuelle

Puisque les différentes conséquences que sont plus susceptibles de présenter les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance peuvent se maintenir jusqu'à l'âge adulte et influencer le fonctionnement relationnel, il est plausible que ces difficultés puissent évoluer vers d'autres formes lorsque ces victimes deviennent mères. Toutefois, même si un certain nombre d'études a porté sur la parentalité des survivantes d'agression sexuelle, elles n'arrivent pas à des conclusions unanimes sur le rôle précis que joue la victimisation sexuelle dans l'enfance chez les mères, et plus particulièrement concernant l'exercice de leur rôle parental. Certaines de ces études ont d'ailleurs fait l'objet de critiques concernant le portrait blâmant qu'elles dressent des mères victimes (Voir Brenckenridge, 2006). Malgré les limites que certaines de ces études présentent, dont le fait de ne pas toujours considérer les autres expériences de vie et difficultés qui peuvent intervenir pour expliquer les difficultés parentales de ces mères, la prochaine section présente un aperçu des difficultés périnatales et parentales qui caractériseraient davantage les mères ayant une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance.

### 2.2.1 La maternité précoce

Expliquée par certains auteurs par les comportements sexuels à risque plus fréquents et le début plus précoce de l'activité sexuelle chez les victimes d'agression sexuelle, la maternité à l'adolescence a maintes fois été mise en lien avec des expériences traumatiques à l'enfance et à l'adolescence, et plus spécifiquement l'agression sexuelle (DiLillo et al., 2001; Friesen et al., 2010; Miller, Sage, & Winward, 2005; Noll, Trickett, Harris, & Putnam, 2009; Trickett et al., 2011). Même si ce lien tend à être moins important lorsque l'on tient compte de l'effet des variables socioéconomiques, il appert que les victimes d'agression sexuelle dans l'enfance ont plus d'enfants et en ont à un âge plus jeune que les femmes qui n'en ont pas été victimes (DiLillo et al., 2001). Ces mères adolescentes présentent plus de facteurs de vulnérabilité pouvant avoir des effets sur le développement de leur enfant. Elles sont plus susceptibles d'avoir une faible estime personnelle, de présenter plus de dépression et de stress, d'être isolées, de recevoir peu de soutien social, d'être moins éduquées et de vivre dans des conditions socioéconomiques précaires, comparativement à leurs pairs du même âge n'ayant pas eu d'enfant (Miller et al., 2005; Noll et al., 2009; Serbin & Karp, 2004).



## 2.2.2 Les conséquences périnatales

De plus en plus de recherches soutiennent que la maternité, peu importe l'âge auquel elle survient, est une étape délicate chez les femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance et qu'elle peut être à la source du déclenchement ou d'une réactivation d'une détresse psychologique (Kendall-Tackett, 1998; Leeners et al., 2006; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoa, 2007). Les survivantes d'agression sexuelle sont aussi plus à risque de vivre un ensemble de difficultés psychologiques et physiques non seulement durant leur grossesse, mais aussi au moment de l'accouchement et durant la période postnatale. Ainsi, une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance chez une femme augmente les probabilités de présenter des sentiments négatifs par rapport à la grossesse (Van Rooode et al., 2009); de manifester du stress, de l'anxiété, des symptômes dépressifs, des idéations suicidaires et des symptômes d'ÉSPT, et plus particulièrement des pensées intrusives et des « flashbacks », comparativement aux femmes qui n'en ont pas vécue (Kendall-Tackett, 1998; Leeners et al., 2006), mais aussi comparativement aux mères qui ont vécu d'autres types de traumatismes, interpersonnels ou non (Lev-Wiesel & Daphna-Tekoa, 2007). Certaines études suggèrent également un lien entre un passé d'agression sexuelle et une gestation plus courte et un accouchement prématuré (Leeners et al., 2006; Noll et al., 2009; Trickett et al., 2011). Ce lien s'expliquerait par l'augmentation chez la mère de la sécrétion de cortisol qui accompagne un ÉSPT, ce qui favoriserait un accouchement prématuré.

Chez les mères survivantes d'agression sexuelle, la période suivant l'accouchement apparaît également un moment où davantage de difficultés peuvent être présentes. L'augmentation des risques pour ces femmes de présenter une dépression postpartum a été démontrée dans différentes études (Buist, 1998; Leeners et al., 2006). De plus, ces femmes ayant un passé d'agression sexuelle et qui rapportent un épisode de dépression postpartum montrent des symptômes dépressifs plus sévères et de plus longue durée, et davantage d'anxiété (Leeners et al., 2006) que les femmes n'ayant pas été agressées sexuellement dans l'enfance.

## 2.2.3 Les difficultés dans l'exercice du rôle parental

Il est reconnu que la parentalité s'avère un processus complexe et multidimensionnel sur lequel le statut socioéconomique, la vie conjugale et les événements de vie stressants peuvent avoir une influence considérable (Schuetze & Eiden, 2005). Les modèles théoriques développés pour comprendre la parentalité supposent que l'histoire développementale et le milieu familial d'origine ont une part d'influence sur les caractéristiques et le fonctionnement du parent (Belsky, 1984; Ogbu, 1981), suggérant qu'une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance puisse influencer la parentalité des victimes.



Le lien entre un passé d'agression sexuelle et les pratiques parentales a largement été étudié, principalement par la comparaison de mères agressées sexuellement dans l'enfance à des mères qui ne l'avaient pas été (T. Cohen, 1995; Cole, Woolger, Power, & Smith, 1992; Hanley, 1997; Lyons-Ruth & Block, 1996). Ces études ont montré que les mères agressées sexuellement dans l'enfance rapportaient moins de confiance et de sentiment de contrôle dans leur rôle parental, qu'elles avaient moins de contrôle émotionnel dans les situations parentales et qu'elles obtenaient des scores plus faibles à différentes mesures de leurs capacités parentales, dont le soutien offert à l'enfant, l'adéquation de leurs attentes, la relation avec l'enfant, les habiletés de communication et l'encadrement et les limites qu'elles offraient.

Plus récemment, une nouvelle génération d'études a pris en compte d'autres variables pour examiner le lien entre l'agression sexuelle dans l'enfance et les pratiques parentales. Certaines études ont ainsi montré que différentes dimensions parentales chez des mères survivantes d'agression sexuelle étaient affectées même en considérant les autres adversités et mauvais traitements vécus dans l'enfance, dont l'abus physique, la négligence, l'alcoolisme dans la famille d'origine et un faible statut socioéconomique. Les mères de ces études, qui avaient été agressées sexuellement dans l'enfance, montraient une vision plus négative d'elles-mêmes comme parent (Banyard, 1997; Schuetze & Eiden, 2005), rapportaient une moins grande confiance dans leur relation avec leur enfant (Roberts, O'Connor, Dunn, & Golding, 2004), disaient recourir plus fréquemment à des punitions physiques pour résoudre les conflits avec leur enfant (Banyard, 1997; DiLillo, Tremblay, & Peterson, 2000; Kim et al., 2010; Schuetze & Eiden, 2005), étaient plus susceptibles de montrer des comportements envahissants et intrusifs auprès de leur bébé (Moehler & Biringen, 2007) et rapportaient davantage un style parental permissif (Ruscio, 2001). Toutefois, les résultats d'autres études n'ont montré aucun lien entre le passé d'agression sexuelle dans l'enfance des mères et davantage de difficultés dans leur rôle parental (Collin-Vézina, Cyr, Pauzé, & McDuff, 2005) ou ont révélé que ce lien ne s'est pas maintenu une fois que les autres mauvais traitements subis dans l'enfance de la mère, en cooccurrence avec l'agression sexuelle, avaient été considérés dans les analyses (Barrett, 2009; Zuravin & Fontanella, 1999).

Finalement, même si plusieurs recherches ont mis en lumière certaines difficultés parentales auprès de mères survivantes d'agression sexuelle, d'autres études ont permis d'identifier des facteurs jouant un rôle médiateur ou modérateur entre l'agression sexuelle dans l'enfance et certaines compétences parentales. Notamment, la dépression (Banyard, 1997; Fontanella, 1999; Mapp, 2006; Pazdera, McWey, Mullis, & Carbonell, 2013; Roberts et al., 2004; Schuetze & Eiden, 2005; Zuravin & Fontanella, 1999), l'anxiété (Roberts et al., 2004), le fait de vivre de la violence conjugale



(Schuetze & Eiden, 2005), la colère (DiLillo et al., 2000), un faible sentiment de compétence parentale (Pazdera et al., 2013), la faible qualité de la relation avec le conjoint (Alexander, Teti, & Anderson, 2000) et le soutien social (Ruscio, 2001) ont été identifiés comme des facteurs jouant un rôle médiateur ou modérateur entre l'agression sexuelle et certaines pratiques parentales. Ces résultats montrent que si les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance sont plus susceptibles de rapporter des difficultés parentales, ce sont possiblement d'autres difficultés liées à leur passé d'agression sexuelle toujours présentes à l'âge adulte qui expliqueraient, du moins en partie, les difficultés concernant certains aspects de leurs compétences parentales.

De plus, quelques rares études se sont intéressées plus spécifiquement à l'éducation et à la communication des mères survivantes d'agression sexuelle concernant la sexualité. Une d'entre elles a montré que les adolescentes pour qui la mère avait été agressée sexuellement étaient plus susceptibles de considérer que cette dernière approuvait les activités sexuelles et qu'elle était moins au courant de leurs activités sexuelles, comparativement aux adolescentes pour qui la mère n'avait pas été agressée sexuellement (Testa et al., 2011). D'autres auteurs ont quant à eux montré que les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance étaient plus à même de présenter des attitudes libérales concernant la sexualité (Meston, Heiman, & Trapnell, 1999), qui en retour ont été associées à davantage de comportements sexuels chez les enfants et les adolescents (Jaccard & Dittus, 2000). En lien avec ces constats, Cavanaugh et Classen (2009) ont émis l'hypothèse que les mères ayant été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance étaient plus susceptibles de présenter des déficits dans la communication concernant la sexualité avec leur enfant et dans la supervision des activités sexuelles, ce qui pourrait entraîner un plus grand risque de victimisation chez leur enfant.

Même si le lien unique entre agression sexuelle dans l'enfance et difficultés parentales peut être réduit lorsque sont considérées d'autres formes d'adversité, il appert que les mères survivantes d'agression sexuelle sont plus susceptibles de rencontrer davantage de défis liés à l'exercice de leur rôle parental que les mères n'en ayant pas été victimes, notamment en ce qui a trait à la relation avec leur enfant, à leurs pratiques éducatives, à l'éducation sexuelle, et à la communication concernant la sexualité.

### 2.3 Les effets sur les enfants

Considérant les difficultés que risquent de manifester les femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, on peut émettre l'hypothèse que les enfants de mères survivantes d'agression sexuelle sont plus à risque de présenter des difficultés d'adaptation. Il appert que les difficultés qui sont davantage vécues par ces mères risquent de persister et de s'accumuler au fil du temps, exposant leurs enfants à divers facteurs de risque (ex. :



problèmes de santé mentale des parents, instabilité familiale, événements de vie stressants, difficultés parentales, etc.) qui sont susceptibles de les affecter tout au cours de leur développement (Collishaw, Dunn, O'Connor, & Golding, 2007). Repetti et ses collègues (2002) ont proposé un modèle présentant l'évolution à court et long termes des enfants provenant de familles à risque. Selon ce modèle, un environnement familial caractérisé par des conflits, de la colère, des relations peu chaleureuses et par la négligence des besoins de l'enfant mettrait non seulement à risque les enfants d'effets indésirables immédiats, mais jetterait aussi les bases à des difficultés d'adaptation et des problèmes de santé physique et mentale à long terme. De surcroît, les auteurs avancent que ce type d'environnement familial pourrait exacerber une vulnérabilité génétique souvent héritée par les enfants issus de familles à risque. Par un examen de la littérature scientifique, ces derniers ont notamment démontré que les enfants de familles à risque sont plus à même de présenter des déficits dans la régulation et l'expression de leurs émotions et sur le plan de leur compétence sociale et sont aussi plus susceptibles de rapporter des comportements à risque, tels qu'une promiscuité sexuelle.

Plus spécifiquement concernant l'agression sexuelle dans l'enfance des parents, de plus en plus d'études s'intéressent aux effets intergénérationnels de cette forme de victimisation chez les femmes. Une étude longitudinale a mis en lien la victimisation sexuelle dans l'enfance de mères avec le fonctionnement de leurs enfants. Les résultats ont montré qu'en plus des difficultés qui étaient davantage présentées par les mères victimes d'agression sexuelle, leurs enfants rapportaient un niveau d'adaptation moindre que ceux des mères du groupe de comparaison. Cette plus faible adaptation se manifestait par davantage d'hyperactivité, de problèmes de conduites, de problèmes avec les pairs et de problèmes émotifs, et ce, en contrôlant l'effet des autres mauvais traitements vécus par ces mères (Roberts et al., 2004).

Même si peu d'études se sont penchées spécifiquement sur les impacts de la victimisation sexuelle des mères sur leurs enfants, d'autres ont toutefois examiné les effets sur le développement des enfants de certaines difficultés parentales identifiées comme plus susceptibles d'être présentes auprès de parents victimes d'agression sexuelle dans l'enfance. Le tableau 1 recense les effets sur les enfants de ces difficultés parentales.



Tableau 1. Effets sur les enfants de difficultés parentales associées à une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance

Conséquences à l'âge adulte de l'agression sexuelle dans l'enfance chez le parent	Effets possibles sur les enfants
Problèmes de consommation d'alcool et toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Mauvais traitements (abus physique et psychologique, négligence et agression sexuelle)</li><li>■ Retards développementaux</li><li>■ Troubles intériorisés et extériorisés</li></ul> <p><i>(Léveillé, Chamberland, &amp; Tremblay-Renaud, 2007)</i></p>
Détresse psychologique (dépression, dépression postpartum, symptômes de l'ÉSPT)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Moins bonne santé physique</li><li>■ Troubles intériorisés et extériorisés</li><li>■ Habiletés cognitives moindres</li><li>■ Faibles habiletés sociales</li><li>■ Perturbation de la relation d'attachement</li><li>■ Victime de punition physique par la mère</li></ul> <p><i>(Downey &amp; Coyne, 1990; Jacobsen, 1999; Léveillé et al., 2007; Powdthavee &amp; Vignoles, 2008; Schuetze &amp; Eiden, 2005)</i></p>
Problèmes de santé mentale (psychopathologie)	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Diminution des capacités intellectuelles</li><li>■ Augmentation des risques d'attachement insécurisant</li><li>■ Mauvais traitements (abus physique et psychologique, négligence et agression sexuelle)</li></ul> <p><i>(Noll et al., 2009)</i></p>



## Violence conjugale dans la famille

- Manifestations somatiques d'anxiété
- Mauvais traitements (abus physique et psychologique, et agression sexuelle)
- Problèmes socioémotifs
- Troubles intériorisés et extériorisés (ex. : dépression, trouble des conduites, troubles anxieux, état de stress posttraumatique)
- Difficultés relationnelles
- Rendements cognitif et scolaire moindres
- Symptômes de « trauma complexe »
- Victime de punition physique par la mère

(Holt, Buckley, & Whelan, 2008; Léveillé et al., 2007; Margolin & Vickerman, 2007; Morrel, Dubowitz, Kerr, & Black, 2003; Schuetze & Eiden, 2005)

En somme, les données actuellement disponibles laissent croire que les difficultés que sont plus à même de présenter les mères survivantes d'agression sexuelle peuvent avoir des impacts sur leur rôle parental et suggèrent un risque plus grand de développement de difficultés émotionnelles, physiques, sociales, comportementales et affectives chez leur enfant. Même si les auteurs de ces études s'entendent pour reconnaître que les effets de la victimisation sexuelle de la mère sur leurs enfants sont le résultat d'interactions complexes entre des facteurs de risque, de protection et des facteurs médiateurs (Noll et al., 2009), ces enfants semblent plus susceptibles de présenter des caractéristiques personnelles, mais aussi familiales, identifiées comme pouvant mettre un enfant davantage à risque d'agression sexuelle. Car comme nous le verrons dans la section suivante, les facteurs de risque de l'agression sexuelle chez l'enfant qui ont été documentés s'apparentent à la fois aux conséquences à long terme que les mères survivantes d'agression sexuelle risquent de présenter et aux difficultés de leurs enfants qui pourraient en découler.

### 2.4 Les facteurs de risque de l'agression sexuelle chez un enfant

L'étiologie de l'agression sexuelle des enfants est un domaine de recherche limité qui, à ce jour, a surtout permis de documenter ce qui caractérisait davantage les jeunes victimes et leur famille. En effet, peu d'études ont été réalisées dans ce domaine et celles-ci sont majoritairement descriptives ou corrélationnelles, rendant difficile de prétendre que les facteurs identifiés soient des conditions présentes avant l'agression sexuelle. Néanmoins, une



nouvelle génération d'études populationnelles et longitudinales voit le jour et leurs résultats permettent de prétendre que les facteurs personnels, familiaux et parentaux que l'on retrouve davantage chez les enfants victimes d'agression sexuelle sont des caractéristiques ou des environnements qui augmentent la vulnérabilité d'un enfant face à un agresseur sexuel.

Même si l'on ignore de quelle façon ils interviennent précisément dans l'augmentation du risque d'agression sexuelle de l'enfant, plusieurs facteurs liés au fonctionnement des parents et de la famille ont été reconnus comme des facteurs de risque de la victimisation sexuelle des enfants. Nous émettons l'hypothèse que ces facteurs parentaux et familiaux ne sont pas directement associés à l'agression sexuelle de l'enfant. Nous croyons plutôt que leur présence augmente les risques d'agression sexuelle de l'enfant en diminuant la capacité des parents à superviser efficacement (ex. : périodes de consommation qui affectent la supervision offerte) et en rendant l'enfant plus vulnérable psychologiquement (ex. : effets sur l'enfant de problèmes de santé mentale de la mère).

#### **2.4.1 Les difficultés personnelles et parentales des parents**

Les variables liées à une faible santé psychologique de la mère ressortent comme étant davantage associées aux enfants victimes d'agression sexuelle, incluant la présence d'anxiété (Martin et al., 2011) et de différents problèmes de santé mentale chez la mère (Fleming, Mullen, & Bammer, 1997). Les événements de vie stressants et adversités vécus par la mère ainsi que la consommation de drogue ou d'alcool des parents s'avèrent également associés à un plus grand risque de victimisation sexuelle de l'enfant (Fergusson, Lyndskey, & Horwood, 1996; Fleming et al., 1997). Plus spécifiquement concernant la mère, un faible niveau d'éducation a été plusieurs fois identifié comme un facteur de risque de l'agression sexuelle pour un enfant (Butler, 2013; MacMillan, Tanaka, Duku, Vaillancourt, & Boyle, 2013; Martin et al., 2011). En ce qui a trait à la maternité, le fait pour les mères d'avoir eu leur premier enfant à un âge précoce (20 ans et moins), le fait que la grossesse de l'enfant était non planifiée ou désirée, une faible chaleur maternelle envers l'enfant et une fréquence moins élevée d'attitude positive envers leur bébé augmentent les risques d'agression sexuelle de leur enfant (Butler, 2013; MacMillan et al., 2013; Martin et al., 2011).

#### **2.4.2 La structure et le fonctionnement familial**

La structure et le fonctionnement familial apparaissent jouer un rôle dans l'étiologie de l'agression sexuelle dans l'enfance. Sur le plan de la structure familiale, le fait de vivre avec seulement un parent; que la mère soit séparée, divorcée, veuve ou dans une seconde union; l'absence des deux parents biologiques; et la présence d'un beau-père s'avèrent des conditions associées aux familles d'enfants victimes d'agression sexuelle (Black, Heyman, & Smith Slep, 2001; Butler, 2013; Fleming et al., 1997). Concernant





les relations conjugales, les parents rapportant de l'insatisfaction et des conflits seraient davantage représentés chez les parents d'enfants agressés sexuellement (Black et al., 2001; Fergusson et al., 1996). Aussi, le fait pour une mère d'être victime de violence physique par son conjoint serait associé à un risque plus élevé que son enfant soit victime d'une agression sexuelle intrafamiliale (Black et al., 2001). Toujours concernant les facteurs familiaux, les familles rapportant laisser leur enfant seul à la maison sans supervision, une faible satisfaction du sentiment de compétence parentale chez la mère, de pauvres relations parent-enfant, un faible attachement parental et une perception moindre de la qualité du soutien émotif dont les mères disposent sont des facteurs plus présents auprès des parents d'enfants agressés sexuellement ou qui prédisaient l'agression sexuelle des enfants (Black et al., 2001; Fergusson et al., 1996).

### 2.4.3 Les caractéristiques de l'enfant

Les quelques études menées sur les facteurs de risque de l'agression sexuelle chez l'enfant identifient certaines caractéristiques relatives à l'enfant. Ainsi, les problèmes de comportement, particulièrement chez les garçons; un quotient intellectuel moins élevé et des difficultés scolaires; l'isolement social; ne pas avoir quelqu'un à qui se confier; le fait d'avoir été victime d'abus physique au sein de la famille ou d'avoir déjà été victime d'agression sexuelle dans le passé; et un très grand besoin d'attention (comme le fait d'avoir un handicap physique ou intellectuel) ont été identifiés comme des facteurs de risque individuels d'être victime d'agression sexuelle dans l'enfance (Black et al., 2001; Fleming et al., 1997). Une récente étude longitudinale ayant suivi 1 087 jeunes filles jusqu'au début de l'âge adulte a montré que celles ayant été identifiées dans leur enfance comme ayant des besoins scolaires particuliers, des difficultés importantes d'apprentissage et ayant présenté des problèmes de comportement intériorisé et extériorisé étaient plus à risque d'avoir été agressées sexuellement (Butler, 2013).

Alors qu'un certain nombre d'études a identifié que l'isolement social de l'enfant et l'absence de réseau social pouvaient être des facteurs de risque de l'agression sexuelle dans l'enfance, les études qualitatives menées auprès d'agresseurs sexuels d'enfants ont montré que ces derniers rapportaient une préférence pour des victimes dites « vulnérables ». Cette vulnérabilité serait présente chez l'enfant notamment lorsque ce dernier est peu confiant, qu'il est passif et soumis, qu'il a peu d'amis, qu'il vit de l'intimidation ou du rejet, qu'il a des problèmes de comportement, qu'il présente des besoins émotionnels plus grands ou encore lorsqu'il provient d'une famille monoparentale ou dysfonctionnelle (Budin & Johnson, 1989; Colton, Roberts, & Vanstone, 2010; Elliott, Browne, & Kilcoyne, 1995). Les premières enquêtes sur l'agression sexuelle envers des enfants approchés sur Internet (cyberprédation) semblent également confirmer que les agresseurs ciblent des enfants, qui en plus de manifester un intérêt pour les



discussions par clavardage concernant la sexualité, sont considérés par les agresseurs comme vulnérables, soumis et semblant être peu supervisés ou encadrés par leurs parents (Malesky, 2007). Ces résultats montrent de quelle manière les caractéristiques de l'enfant et de ses parents peuvent le rendre plus vulnérable à une agression sexuelle.

En résumé, les enfants évoluant dans un milieu familial empreint de violence et d'instabilité et dans lequel les parents présentent de grandes difficultés psychologiques et parentales apparaissent plus susceptibles d'être victimes d'agression sexuelle. On peut émettre l'hypothèse qu'en plus d'être des obstacles à une supervision et une protection optimale, ces difficultés dans la famille sont susceptibles d'interférer avec le développement de l'enfant, favorisant chez lui le développement de problèmes d'adaptation. Ainsi, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, les déficits intellectuels, les problèmes scolaires, l'isolement social, le fait d'avoir été victime d'abus physique et d'agression sexuelle sont des facteurs qui augmenteraient les risques d'agression sexuelle d'un enfant, notamment parce que certaines de ces caractéristiques seraient recherchées par les agresseurs sexuels d'enfants.

### 3. UNE TRAJECTOIRE COMPLEXE

---

Le modèle qui est ici proposé se veut une tentative d'explication de la continuité intergénérationnelle de la victimisation sexuelle dans l'enfance, lorsqu'elle survient. Même si la contribution des données recensées demeure majeure, elles ne constituent qu'une amorce de compréhension, car le phénomène semble s'expliquer par un ensemble de facteurs dont les relations et interactions entre eux apparaissent hautement complexes. Ce champ de recherche est de plus compliqué par les cooccurrences de mauvais traitements survenant dans l'enfance des parents et l'ensemble des facteurs de risque et adversités de l'enfance associés à ces sévices (Noll et al., 2009). Ainsi, le modèle conçoit que le passé d'agression sexuelle d'une mère est un facteur de risque de l'agression sexuelle d'un enfant, et ce, par le biais de multiples trajectoires possibles impliquant des facteurs précédents, connexes et qui suivent l'agression sexuelle de la mère. L'histoire de victimisation sexuelle de la mère ne conduit pas à l'agression sexuelle de son enfant, mais semble amener un risque plus important que deux conditions préalables à l'agression sexuelle soient présentes, c'est-à-dire le développement de certaines difficultés d'adaptation chez leur enfant et un environnement à risque avec une faible supervision parentale. Ces conditions seraient toutes deux recherchées par les agresseurs sexuels d'enfants.

De plus, il importe de préciser que si les séquelles des mères survivantes d'agression sexuelle dans l'enfance exposent leur enfant à davantage de facteurs de risque de l'agression sexuelle, seule la présence d'un agresseur



à un moment dans la vie de l'enfant pourra faire en sorte que ce dernier en soit victime. Seule la personne qui commet l'agression sexuelle peut en porter la responsabilité. Dans le même sens, si une mère agressée sexuellement dans l'enfance présente plusieurs difficultés d'intensité élevée, augmentant la vulnérabilité de son enfant d'être victime d'agression sexuelle, ce dernier pourrait ne jamais en être victime.

Enfin, le passé d'agression sexuelle d'une mère pourrait aussi augmenter les risques d'agression sexuelle de son enfant en favorisant la présence d'un agresseur dans la vie de son enfant, du moins possiblement par la présence d'un conjoint agresseur. Il se peut aussi que la présence d'un agresseur dans l'environnement de l'enfant soit expliquée par le maintien des contacts de la mère avec la personne qui l'a agressée sexuellement dans l'enfance. En d'autres mots, l'agresseur de la mère pourrait aussi être celui de son enfant. Toutefois, aucune donnée sur le sujet n'apparaît disponible pour alimenter cette trajectoire dans le modèle. Dans ce contexte, ce modèle demeure partiel en ne pouvant expliquer qu'une partie du phénomène.

## 4. LES IMPLICATIONS CLINIQUES

L'exercice qui a été ici réalisé constitue une première démarche pour mieux comprendre le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle dans l'enfance. À ce stade-ci, le modèle proposé ne permet ni d'identifier clairement les facteurs qui contribuent spécifiquement à la continuité de la victimisation entre deux générations, ni de faire ressortir différentes typologies de trajectoires intergénérationnelles. Toutefois, le modèle proposé permet d'avancer que les mères survivantes d'agression sexuelle qui présentent des difficultés connues comme étant associées à un passé d'agression sexuelle sont plus susceptibles d'avoir un enfant qui en sera aussi victime. Cette conclusion a principalement des implications dans la prévention des agressions sexuelles chez les enfants, mais également dans l'intervention auprès de mères impliquées dans un cycle intergénérationnel de victimisation sexuelle (tableau 2). Le modèle explicatif proposé sert donc de cadre de référence pour guider non seulement le thérapeute quant aux cibles d'évaluation et de traitement à prioriser, mais également pour orienter les décideurs dans les politiques et programmes à mettre en place en matière d'agression sexuelle envers les enfants.

### 4.1 Prévention de l'agression sexuelle envers les enfants

#### 4.1.1 Prise en charge précoce des jeunes victimes d'agression sexuelle

En plus des stratégies de prévention universelle de l'agression sexuelle dans l'enfance actuellement recommandées auprès des populations générales d'enfants (voir par exemple Bergeron & Hébert, 2011), les données ici recensées montrent que dans une perspective intergénérationnelle, la prévention de l'agression sexuelle à l'enfance doit aussi considérer la



prise en charge précoce des jeunes victimes d'agression sexuelle. En effet, comme le passé de victimisation sexuelle d'une mère s'avère associé à un plus grand risque d'agression sexuelle chez son enfant, principalement en raison des séquelles qui en découlent, la prévention de l'agression sexuelle des enfants doit aussi viser à réduire précocement les conséquences présentées par les jeunes victimes d'agression sexuelle. Des interventions thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue auprès des jeunes victimes d'agression sexuelle devraient ainsi être offertes. À cet effet, le traitement d'approche cognitive-comportementale axée sur le trauma (TF-CBT) est celui dont l'efficacité a été clairement établie et qui est considéré comme une pratique exemplaire dans le traitement des enfants victimes d'agression sexuelle (Saunders, Berliner, & Hanson, 2003).

#### 4.1.2 Dépistage et intervention auprès des survivantes d'agression sexuelle

Toujours dans une perspective de prévention de l'agression sexuelle envers les enfants, la mise en place de stratégies de dépistage pour identifier les femmes victimes d'agression sexuelle dans l'enfance, avant ou dès l'arrivée d'un premier enfant s'avère nécessaire. Les cours prénataux offerts à tous les nouveaux parents devraient être considérés comme un lieu propice à la mise en place de ces stratégies de dépistage. Les femmes victimes d'agression sexuelle étant plus susceptibles de présenter des difficultés périnatales, dont une réactivation traumatique à l'arrivée d'un enfant, l'identification des futures mères ayant un passé d'agression sexuelle et leur sensibilisation aux effets d'un tel passé sur la maternité et le rôle parental devraient être envisagées. De plus, considérant la diversité des difficultés que sont plus susceptibles de présenter les survivantes d'agression sexuelle, évaluer systématiquement la présence d'un passé d'agression sexuelle dans l'enfance auprès des clientèles desservies par des services cliniques apparaît pertinent (ex. : services de psychothérapie individuelle ou de couple, ressources en santé mentale, services aux personnes souffrant de dépendance et d'abus de substances, services de protection de l'enfance, etc.).

Le dépistage des survivantes d'agression sexuelle permettrait au besoin d'offrir à ces femmes des traitements en lien avec leur passé de victimisation. Ces interventions favoriseraient la réduction des séquelles de l'agression sexuelle dans l'enfance et ultimement, la prévention de difficultés familiales et parentales. À cet effet, les cliniciens disposent de modalités de traitement variées s'adressant aux adultes survivants d'agression sexuelle et pour lesquelles l'efficacité a été démontrée pour diminuer les symptômes de stress post-traumatique, les symptômes intériorisés (ex. : dépression) et extériorisés (ex. : comportements antisociaux) et améliorer le fonctionnement social et le concept de soi (Pour une méta-analyse, voir Taylor & Harvey, 2010)



Enfin, les programmes de prévention des mauvais traitements implantés auprès des familles à risque devraient aussi viser à dépister les mères ayant un passé d'agression sexuelle dans l'enfance afin d'en tenir compte dans leur intervention. Dans leur recension des programmes de prévention des mauvais traitements, Nelson et ses collaborateurs (2001) soulignent qu'en dépit du fait que l'agression sexuelle de la mère soit un facteur de risque de présenter des difficultés qui pourraient rendre leur enfant plus à risque d'en être aussi victime, aucun des programmes recensés n'apparaît aborder le passé de victimisation des parents pour prévenir les mauvais traitements et promouvoir le bien-être des enfants. Ces programmes devraient avoir entre autres pour objectif de contrer les effets d'une agression sexuelle sur la parentalité.

#### 4.2 Intervention auprès des mères impliquées dans un cycle intergénérationnel

Chez les mères survivantes d'agression sexuelle pour qui leur enfant a aussi été agressé sexuellement, les difficultés qu'elles sont plus à même de présenter devraient être abordées dans les interventions destinées aux enfants victimes d'agression sexuelle. La détresse psychologique manifestée suite au dévoilement de l'enfant apparaît d'ailleurs plus importante chez les mères rapportant une histoire d'agression sexuelle dans leur propre enfance, suggérant des besoins cliniques spécifiques pour ces mères (Cyr et al., 1999; Hiebert-Murphy, 1998). De plus, comme le soulèvent Hébert, Bernier et Simoneau (2011), lorsque l'on considère la proportion importante de victimes d'agression sexuelle n'ayant jamais dévoilé les abus qu'elles ont subis (London, Bruck, Ceci, & Shuman, 2005), le fait pour une survivante d'agression sexuelle d'être confrontée au dévoilement de son enfant peut devenir un élément déclencheur à une première divulgation chez le parent. Cette prise en charge devrait donc être précédée d'un dépistage de ces mères dans les services et d'une évaluation des difficultés éprouvées afin de leur offrir une intervention adaptée à leurs besoins.

Or, en dépit de l'ampleur de l'agression sexuelle chez les mères d'enfants victimes d'agression sexuelle et de l'importance du soutien et de l'accompagnement du parent non agresseur dans l'adaptation de l'enfant victime d'agression sexuelle, le seul programme d'intervention destiné aux enfants agressés sexuellement et leurs parents qui a été reconnu efficace et qui est soutenu empiriquement (i.e. Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy – TF-CBT; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) ne prévoit pas d'intervention spécifique concernant un possible passé d'agression sexuelle chez le parent non agresseur (Saunders et al., 2003). Afin de mieux répondre aux besoins des mères impliquées dans un cycle intergénérationnel, des interventions spécifiques à cette clientèle doivent être mises en place. Le programme *Intergenerational Trauma Treatment Model* (ITTM) apparaît le seul à avoir pour objectif l'amélioration de la capacité du parent à répondre aux be-



soins de son enfant ayant été victime d'un traumatisme, tel l'agression sexuelle, et ce tout en considérant les effets de ses propres expériences traumatiques vécues dans l'enfance (Lawson & Quinn, 2013). Ainsi, en plus des interventions ciblant l'enfant, l'ITTM inclut des interventions basées sur une approche cognitive-comportementale destinées aux parents ayant vécu une expérience traumatique et visent notamment la diminution des symptômes de stress post-traumatique, l'apprentissage d'habiletés de régulation des émotions et des comportements, l'amélioration des relations d'attachement et l'augmentation des habiletés du parent à répondre de manière empathique aux besoins de son enfant (Scott & Copping, 2008). Les données actuellement disponibles pour déterminer l'efficacité de ce programme sont limitées mais une première étude laisse entrevoir des résultats prometteurs (Copping, Warling, & Benner, 2001).

**Tableau 2. Recommandations cliniques découlant du modèle explicatif du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle à l'enfance**

<b>1. Prévention de l'agression sexuelle dans l'enfance</b>	
<b>1.1</b> Prise en charge précoce des jeunes victimes d'agression sexuelle	Traitement efficace offert aux enfants victimes d'agression sexuelle.
<b>1.2</b> Interventions auprès des survivantes d'agression sexuelle	Dépistage précoce des femmes survivantes d'agression sexuelle avant ou dès l'arrivée d'un premier enfant (ex. : milieux cliniques, cours prénataux).
	Traitement efficace offert aux femmes survivantes d'agression sexuelle dans l'enfance.
	Traitement visant à contrer les effets d'un passé d'agression sexuelle sur la maternité et le rôle parental (ex. : programmes de prévention des mauvais traitements).



## 2. Traitement auprès des survivantes d'agression sexuelle impliquées dans un cycle intergénérationnel

### 2.1 Interventions auprès des mères et enfants impliqués dans un cycle intergénérationnel

Dépistage et évaluation des mères d'enfants agressés sexuellement ayant elles-mêmes été victimes d'agression sexuelle dans l'enfance.

Traitement pour enfants victimes d'agression sexuelle qui tient compte du passé d'agression sexuelle des mères et de leurs besoins.

## 5. CONCLUSION

La recherche sur le phénomène du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle apparaît très peu développée, alors que le phénomène semble prévalent et bien connu des cliniciens. Malgré cette rareté d'études, les données empiriques actuelles permettent d'affirmer que les mères ayant vécu une agression sexuelle dans leur enfance présentent des séquelles à l'âge adulte en lien avec leur passé de victimisation et que certaines de ces séquelles pourraient être associées à une augmentation du risque pour leur enfant d'être également victime d'agression sexuelle. Toutefois, il importe de souligner que ces données révèlent surtout les besoins de ces mères ayant un passé d'agression sexuelle, notamment dans leur vie personnelle, conjugale et parentale, et qu'elles ne doivent pas être utilisées pour stigmatiser ces mères.

La proposition d'un modèle explicatif du cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle semble être une tentative novatrice d'intégration de différents mécanismes proposés pour expliquer l'étiologie du phénomène et permet ainsi le développement d'interventions susceptibles de diminuer l'occurrence de l'agression sexuelle chez les enfants. Bien que ce modèle proposé ne soit qu'une compréhension partielle du phénomène, il doit être bonifié par différentes études empiriques sur le sujet. Ainsi, il faut éclaircir ce qui contribue à la continuité du cycle de victimisation sexuelle entre les générations, mais surtout, identifier les facteurs qui pourraient contribuer à y mettre fin.



## REFERENCES

- Alexander, P. C., Teti, L., & Anderson, C. L. (2000). Childhood sexual abuse history and role reversal in parenting. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 829-838. doi:10.1016/S0145-2134(00)00142-3.
- APA (Ed.). (2013). *DSM-V : Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fifth edition ed.). Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- 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*, 19(1), 77-90. doi:10.1023/A:1014007507349.
- Banyard, V. L. (1997). The impact of childhood sexual abuse and family functioning on four dimensions of women's later parenting. *Child Abuse & Neglect*, 21(11), 1095-1107. doi:10.1016/S0145-2134(97)00068-9.
- Baril, K. (2007). *Le cycle intergénérationnel de la victimisation sexuelle des enfants : Étude exploratoire des facteurs maternels associés*. (Unpublished Mémoire de maîtrise). Université de Sherbrooke, Sherbrooke: Département de psychoéducation.
- Baril, K., Tourigny, M., Hébert, M., & Cyr, M. (2008). Agression sexuelle: Victimes (mineurs). In J. Lévy, & A. Dupras (Eds.), *Questions de sexualité au Québec* (pp. 19-26). Montréal: Liber.
- Barker-Collo, S., & Read, J. (2003). Models of response to childhood sexual abuse: Their implications for treatment. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(2), 95-111.
- Barrett, B. (2009). The impact of childhood sexual abuse and other forms of childhood adversity on adulthood parenting. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 18(5), 489-512. doi:10.1080/10538710903182628.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 55(1), 83-96.
- Bergeron, M., & Hébert, M. (2011). La prévention et la formation en matière d'agression sexuelle contre les enfants : Manifestations et traitement. In M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Eds.), *L'agression sexuelle envers les enfants* (Tome 1 ed., pp. 444-493). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Berthiaume, C., Bériault, M., & Turgeon, L. (2006). L'état de stress post-traumatique chez les enfants : Manifestations et traitement. In S. Guay, & A. Marchand (Eds.), *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements* (pp. 139-150). Montréal: Les presses de l'Université de Montréal.
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for child sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 203-229.
- Bouchard, E., Tourigny, M., Joly, J., Hébert, M., & Cyr, M. (2008). Les conséquences à long terme de la violence sexuelle, physique et psychologique vécue pendant l'enfance. *Revue D'Épidémiologie Et De Santé Publique*, 56(5), 333-344.
- Breckenridge, J. (2006). 'Speaking of mothers...' how does the literature portray mothers who have a history of child sexual abuse? *Journal of Child Sexual Abuse*, 15(2), 57-74. doi:10.1300/J070v15n02.
- Budin, L. E., & Johnson, C. F. (1989). Sex abuse prevention programs: Offenders' attitudes about their efficacy. *Child Abuse & Neglect*, 13(1), 77-87.
- Buist, A. (1998). Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: A literature review of associations. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(3), 370-378.
- Butler, A. C. (2013). Child sexual assault: Risk factors for girls. *Child Abuse & Neglect*, doi:10.1016/j.chiabu.2013.06.009.





- Cavanaugh, C. E., & Classen, C. C. (2009). Intergenerational pathways linking childhood sexual abuse to HIV risk among women. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(2), 151-169. doi:10.1080/15299730802624536.
- Chen, L. P., Hassan, M. M., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., . . . Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 618-629.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Jing, W., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York, NY US: Guilford Press.
- Cohen, T. (1995). Motherhood among incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1423-1429. doi:10.1016/0145-2134(96)80760-5.
- Cole, P. M., Woolger, C., Power, T. G., & Smith, K. D. (1992). Parenting difficulties among adult survivors of father-daughter incest. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 239-249.
- Collin-Vézina, D., Cyr, M., Pauzé, R., & McDuff, P. (2005). The role of depression and dissociation in the link between childhood sexual abuse and later parental practices. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 71-97. doi:10.1300/J229v06n01\_05.
- Collishaw, S., Dunn, J., O'Connor, T., J., & Golding, J. (2007). Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Development & Psychopathology*, 19(2), 367-383.
- Colton, M., Roberts, S., & Vanstone, M. (2010). Sexual abuse by men who work with children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(3), 345-364. doi:10.1080/10538711003775824.
- Copping, V. E., Warling, D. L., & Benner, D. G. (2001). A child trauma treatment pilot study. *Journal of Child & Family Studies*, 10(4), 467-475.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822. doi:10.1016/j.chiabu.2010.04.004.
- Cyr, M., McDuff, P., & Wright, J. (1999). Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation. *Santé Mentale Au Québec*, 24(2), 191-216.
- DiLillo, D., & Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333.
- DiLillo, D., Giuffre, D., & Tremblay, G. C. (2001). A closer look at the nature of intimate partner violence reported by women with a history of child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 116-132. doi:10.1177/088626001016002002.
- DiLillo, D., Lewis, T., & Di Loreto-Colgan, A. (2007). Child maltreatment history and subsequent romantic relationships : Exploring a psychological route to dyadic difficulties. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 15(1), 19-36.
- DiLillo, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2000). Linking childhood sexual abuse and abusive parenting: The mediating role of maternal anger. *Child Abuse & Neglect*, 24(6), 767-779. doi:10.1016/S0145-2134(00)00138-1.
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., & Browne, K. (2005). Attributions and behaviours of parents abused as children: A mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (part II). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 58-68. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00340.x
- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76. doi:10.1037/0033-2909.108.1.50.



- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430-438.
- Egeland, B., Bosquet, M., & Chung, A. L. (2002). Continuities and discontinuities in the intergenerational transmission of child maltreatment : Implication for breaking the cycle of abuse. In K.D. Browne et al. (Ed.), *Early prediction and prevention of child abuse: A handbook* ←br /→ (Chichester ed., pp. 217-232) Wiley.
- Elliott, M., Browne, K., & Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 579-594.
- Faller, K. C. (1989). Why sexual abuse? an exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 13(4), 543-48.
- Fergusson, D. M., Lyndskey, M. T., & Horwood, L. J. (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood : I. prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy Or Child and Adolescent Psychology*, 35(10), 1355-1364.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), 607-619. doi:10.1016/j.chiabu.2006.12.018.
- Finkelhor, D., Moore, D., Hamby, S. L., & Straus, M. A. (1997). Sexually abused children in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 1-9. doi:10.1016/S0145-2134(96)00127-5.
- Fleming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 21(1), 49-58.
- Fontanella, C. (1999). Parenting behaviors and perceived parenting competence of child sexual abuse survivors. *Child Abuse & Neglect*, 23(7), 623-632. doi:10.1016/S0145-2134(99)00045-9.
- Friesen, M. D., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Fergusson, D. M. (2010). Childhood exposure to sexual abuse and partnership outcomes at age 30. *Psychological Medicine*, 40(4), 679-688. doi:10.1017/S003291709990389.
- Hanley, H. M. (1997). The impact of incest history on survivors' relationships with their children. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57(12-). (1997-95012-220).
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 3-23. doi:10.1002/jts.2490090103.
- Hébert, M., Bernier, M. J., & Simoneau, A. C. (2011). Les effets des interventions offertes aux jeunes victimes d'agression sexuelle. In M. Hébert, M. Cyr & M. Tourigny (Eds.), (Tome 1 ed., pp. 205-252). Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Herman, J. L. (1981). *Father daughter incest* Harvard Univ. Press.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. United States of America: Basic Bks.
- Hiebert-Murphy, D. (1998). Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), 423-435.
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2001). Multiple forms of child abuse and neglect: Adult retrospective reports. *Aggression & Violent Behavior*, 6(6), 547-578.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38-49. doi:10.1177/1524838010386812.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32(8), 797-810. doi:10.1016/j.chiabu.2008.02.004.



- Jaccard, J., & Dittus, P. J. (2000). Adolescent perceptions of maternal approval of birth control and sexual risk behavior. *American Journal of Public Health, 90*(9), 1426-1430.
- Jacobsen, T. (1999). Effects of postpartum disorders on parenting and on offspring. In L. J. Miller (Ed.), (pp. 119-139). Arlington, VA US: American Psychiatric Association.
- Kaufman, I., Peck, A. L., & Tagiuri, C. K. (1954). The family constellation and overt incestuous relations between father and daughter. *American Journal of Orthopsychiatry, 24*, 266-279. doi:10.1111/j.1939-0025.1954.tb02017.x
- Kendall-Tackett, K. (1998). Breastfeeding and the sexual abuse survivor. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association, 14*(2), 125-130.
- Kim, K., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2007). Psychosocial characteristics of nonoffending mothers of sexually abused girls: Findings from a prospective, multigenerational study. *Child Maltreatment, 12*(4), 338-351. doi:10.1177/1077559507305997.
- Kim, K., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2010). Childhood experiences of sexual abuse and later parenting practices among non-offending mothers of sexually abused and comparison girls. *Child Abuse & Neglect, 34*(8), 610-622. doi:10.1016/j.chiabu.2010.01.007.
- Langeland, W., & Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism : A review. *Journal of Studies on Alcohol, 59*(3), 336-348.
- Lawson, D. M., & Quinn, J. (2013). Complex trauma in children and adolescents: Evidence-based practice in clinical settings. *Journal of Clinical Psychology, 69*(5), 497-509. doi:10.1002/jclp.21990.
- Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(2), 139-151. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.11.006.
- Leifer, M., Kilbane, T., & Kalick, S. (2004). Vulnerability or resilience to intergenerational sexual abuse: The role of maternal factors. *Child Maltreatment, 9*(1), 78-91. doi:10.1177/1077559503261181
- Léveillé, S., Chamberland, C., & Tremblay-Renaud, A. (2007). Quand le développement personnel des parents compromet aussi celui de leur enfant: État de la situation. In C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé (Eds.), *Enfants à protéger - parents à aider: Des univers à rapprocher* (pp. VII-LXVI). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Lev-Wiesel, R., & Daphna-Tekoa, S. (2007). Prenatal posttraumatic stress symptomatology in pregnant survivors of childhood sexual abuse: A brief report. *Journal of Loss & Trauma, 12*(2), 145-153. doi:10.1080/15325020600945988.
- Lewin, L., & Bergin, C. (2001). Attachment behaviors, depression, and anxiety in nonoffending mothers of child sexual abuse victims. *Child Maltreatment, 6*(4), 365-375.
- 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.
- London, K., Bruck, M., Ceci, S. J., & Shuman, D. W. (2005). Disclosure of child sexual abuse: What does the research tell us about the ways that children tell? *Psychology, Public Policy, and Law, 11*(1), 194-226. doi:10.1037/1076-8971.11.1.194.
- Lundberg-Love, P. K. (2006). Adult survivors of child sexual and emotional abuse. In P. K. Lundberg-Love, & S. L. Marmion (Eds.), *«Intimate» violence against women: When spouses, partners, or lovers attack*. (pp. 69-84). Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.





- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275. doi:10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L
- MacMillan, H. L., Tanaka, M., Duku, E., Vaillancourt, T., & Boyle, M. H. (2013). Child physical and sexual abuse in a community sample of young adults: Results from the Ontario child health study. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 14-21. doi:10.1016/j.chiabu.2012.06.005.
- Malesky, L., J. (2007). Predatory online behavior: Modus operandi of convicted sex offenders in identifying potential victims and contacting minors over the internet. *Journal of Child Sexual Abuse*, 16(2), 23-32.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 27(7), 631-642. doi:10.1002/da.20687
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of substance-related disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 30(3), 216-228. doi:10.1080/10550887.2011.581987
- Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 96-112. doi:10.1177/1524838012470032.
- Mapp, S. C. (2006). The effects of sexual abuse as a child on the risk of mothers physically abusing their children: A path analysis using systems theory. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 30(11), 1293-1310.
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 613-619. doi:10.1037/0735-7028.38.6.613.
- Martin, A., Najman, J. M., Williams, G. M., Bor, W., Gorton, E., & Alati, R. (2011). Longitudinal analysis of maternal risk factors for childhood sexual abuse: Early attitudes and behaviours, socioeconomic status, and mental health. *Australian and New-Zeland Journal of Psychiatry*, 45(8), 629-637.
- McCloskey, L. A. (2013). The intergenerational transfer of mother-daughter risk for gender-based abuse. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(2), 303-328.
- McCloskey, L. A., & Bailey, J. A. (2000). The intergenerational transmission of risk for child sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(10), 1019-1035. doi:10.1177/088626000015010001.
- Meston, C. M., Heiman, J. R., & Trapnell, P. D. (1999). The relation between early abuse and adult sexuality. *Journal of Sex Research*, 36(4), 385-395. doi:10.1080/00224499909552011.
- Miller, B. C., Sage, R., & Winward, B. (2005). Adolescent pregnancy. (pp. 567-587). New York, NY US: Springer Science + Business Media.
- Ministère de la sécurité publique du Québec. (2011). *Statistiques sur les agressions sexuelles au Québec 2009*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moehler, E., & Biringen, Z. (2007). Emotional availability in a sample of mothers with a history of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 624-628.
- Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). The effect of maternal victimization on children: A cross-informant study. *Journal of Family Violence*, 18(1), 29-41. doi:10.1023/A:1021401414414.
- Najman, J. M., Nguyen, M. L. T., & Boyle, F. M. (2007). Sexual abuse in childhood and physical and mental health in adulthood: An Australian population study. *Archives of Sexual Behavior*, 36(5), 666-675. doi:10.1007/s10508-007-9180-5.



- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A. F., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: Results from a twin study. *Archives of General Psychiatry*, 59(2), 139.
- Nelson, G., Laurendeau, M., & Chamberland, C. (2001). A review of programs to promote family wellness and prevent the maltreatment of children. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 33(1), 1-13. doi:10.1037/h0087123.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E., & Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. *Child Maltreatment*, 1(1), 6-16.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2009). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 424-449. doi:10.1177/0886260508317194.
- Oates, R. K., Tebbutt, J., Swanston, H., Lynch, D. L., & O'Toole, B. I. (1998). Prior sexual abuse in mothers of sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1113-1118. doi:10.1016/S0145-2134(98)00091-X
- Ogbu, J. U. (1981). Origins of human competence: A cultural-ecological perspective. *Child Development*, 52(2), 413-429.
- Ogloff, J. R. P., Cutajar, M. C., Mann, E., & Mullen, P. (2012). *Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: A 45 year follow-up study* Australian Institute of Criminology.
- Ogradnik, L. (2010). *Les enfants et les jeunes victimes de crimes violents déclarés par la police, 2008*. Ottawa: Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.
- Pazdera, A. L., McWey, L. M., Mullis, A., & Carbonell, J. (2013). Child sexual abuse and the superfluous association with negative parenting outcomes: The role of symptoms as predictors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(1), 98-111. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00272.x
- Pereda, N., Guilera, G., Forn, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007.
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: A national study. *Comprehensive Psychiatry*, 54(1), 16-27. doi:10.1016/j.comppsy.2012.05.010.
- Powdthavee, N., & Vignoles, A. (2008). Mental health of parents and life satisfaction of children : A within-family analysis of intergenerational transmission of well-being. *Social Indicators Research*, 88(3), 397-422.
- Raphling, D. L., Carpenter, B. L., & Davis, A. (1967). Incest: A genealogical study. *Archives of General Psychiatry*, 16(4), 505-511. doi:10.1001/archpsyc.1967.01730220117015.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366. doi:10.1037/0033-2909.128.2.330.
- Rick, S., & Douglas, D. H. (2007). Neurobiological effects of childhood abuse. *Journal of Psychological Nursing & Mental Health Services*, 45(4), 47-54.
- Roberge, P. (2011). Exploration du concept de stress post-traumatique complexe. *Journal International De Victimologie*, 9(2), 354-363.
- Roberts, R., O'Connor, T., Dunn, J., & Golding, J. (2004). The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 28(5), 525-545.



- Ruscio, A. M. (2001). Predicting the child-rearing practices of mothers sexually abused in childhood. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 369-387. doi:10.1016/S0145-2134(00)00252-0.
- Sartor, C., E., Waldron, M., Duncan, A., E., Grant, J., D., McCutcheon, V., V., Nelson, E., C., Heath, A., C. (2013). Childhood sexual abuse and early substance use in adolescent girls: The role of familial influences. *Addiction*, 108(5), 993-1000. doi:10.1111/add.12115.
- Saunders, B. E., Berliner, L., & Hanson, R. F. (2003). *Child physical and sexual abuse: Guidelines for treatment. final report.*
- Schuetze, P., & Eiden, R. D. (2005). The relationship between sexual abuse during childhood and parenting outcomes: Modeling direct and indirect pathways. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*.
- Scott, K. L., & Copping, V. E. (2008). Promising directions for the treatment of complex childhood trauma: The intergenerational trauma treatment model. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 1(3), 273-283.
- Serbin, L. A., & Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: Mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333-363. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145228.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). A prospective examination of the role of childhood sexual abuse and physiological asymmetry in the development of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 34(10), 752-761. doi:10.1016/j.chiabu.2010.02.010.
- Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones & Behavior*, 50(4), 632-639.
- Taylor, J. E., & Harvey, S. T. (2010). A meta-analysis of the effects of psychotherapy with adults sexually abused in childhood. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 749-767. doi:10.1016/j.cpr.2010.05.008.
- Testa, M., Hoffman, J. H., & Livingston, J. A. (2011). Intergenerational transmission of sexual victimization vulnerability as mediated via parenting (english). *Child Abuse Neglect*, 35(5), 363-371.
- Trepper, T. S., Niedner, D., Mika, L., & Barrett, M. J. (1996). Family characteristics of intact sexually abusing families: An exploratory study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(4), 1-18.
- 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. doi:10.1017/S0954579411000174.
- Trickett, P. K., & Schellenbach, C. J. (1998). In Trickett P. K., Schellenbach C. J. (Eds.), *Violence against children in the family and the community*. Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/10292-000.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. doi:10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- van der Kolk, B. A. (1996). The body keeps score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Eds.), (pp. 214-241). New York, NY US: Guilford Press.
- Van Roode, T., Dickson, N., Herbison, P., & Paul, C. (2009). Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: Findings from a birth cohort. *Child Abuse & Neglect*, 33(3), 161-172. doi:10.1016/j.chiabu.2008.09.006

- 
- 
- Weber, D. A., & Reynolds, C. R. (2004). Clinical perspectives on neurobiological effects of psychological trauma. *Neuropsychology Review*, 14(2), 115-129.
  - Webster, R. E. (2001). Symptoms and long-term outcomes for children who have been sexually assaulted. *Psychology in Schools*, 38(6), 533-547.
  - Zimmerman-Hicks, K. (2006). *Profile of female nonoffending partners of male sexual offenders*. ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(3-). [2006-99018-196].
  - Zlotnick, C., Johnson, D. M., Stout, R. L., Zywiak, W. H., Johnson, J. E., & Schneider, R. J. (2006). Childhood abuse and intake severity in alcohol disorder patients. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 949-959. doi:10.1002/jts.20177.
  - Zuelzer, M. B., & Reposa, R. E. (1983). Mothers in incestuous families. *International Journal of Family Therapy*, 5(2), 98-110. doi:10.1007/BF00924437.
  - Zuravin, S., & Fontanella, C. (1999). The relationship between child sexual abuse and major depression among low-income women: A function of growing up experiences? *Child Maltreatment*, 4(1), 3-12.
  - Zuravin, S., McMillen, C., DePanfilis, D., & Risley-Curtiss, C. (1996). The intergenerational cycle of child maltreatment: Continuity versus discontinuity. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(3), 315-334. doi:10.1177/088626096011003001.



# L'HISTOIRE DE LINDA : EXEMPLE D'UNE TRAJECTOIRE DE CONTINUITÉ INTERGÉNÉRATIONNELLE DE LA VICTIMISATION SEXUELLE DANS L'ENFANCE

**Karine Baril**, M.Sc., Ph. D. candidate, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation<sup>5</sup>

**Marc Tourigny**, Ph. D., Université de Sherbrooke, département de psychoéducation

## INTRODUCTION

L'objectif de la présentation de cette histoire de vie est d'illustrer une des trajectoires possibles du modèle explicatif que nous avons proposé pour mieux comprendre la continuité intergénérationnelle de la victimisation sexuelle dans l'enfance (voir texte dans ce numéro). Ce modèle suggère que le passé d'agression sexuelle dans l'enfance (ASE) d'une mère est un facteur de risque de l'agression sexuelle d'un enfant par le truchement de multiples trajectoires possibles impliquant des facteurs précédents, concomitants et suivant l'ASE de la mère. Selon notre modèle, les conséquences individuelles, relationnelles, familiales et parentales à long terme associées à une ASE constituent des facteurs de risque maternels et familiaux qui sont considérés dans l'étiologie de l'agression sexuelle chez l'enfant. Comme nous le verrons avec le cas de Linda (nom fictif), le modèle ne prétend pas que l'histoire de victimisation sexuelle de la mère soit une cause de l'agression sexuelle de son enfant, mais il suggère plutôt que cette condition favorise une trajectoire de vie chez la mère dans laquelle deux conditions favorables à l'agression sexuelle d'un enfant sont plus susceptibles d'être présentes, c'est-à-dire un environnement à risque comportant des lacunes dans la supervision parentale et le développement de certaines difficultés d'adaptation chez l'enfant. Comme le prévoit le modèle dans les cas de continuité intergénérationnelle dans un contexte d'agression sexuelle intrafamiliale, l'histoire de victimisation sexuelle de la mère peut également favoriser la présence d'un agresseur dans la vie de son enfant, notamment un conjoint agresseur.

L'histoire de Linda a été recueillie dans le cadre d'un projet de recherche portant sur l'histoire de vie de mères victimes d'ASE. L'histoire de Linda ne se veut pas l'exemple d'une trajectoire-type de continuité intergénérationnelle de victimisation sexuelle. Elle illustre une des nombreuses trajectoires possibles du modèle proposé.

<sup>5</sup> Université de Sherbrooke - Faculté d'éducation - Département de psychoéducation  
150, place Charles-Le Moyne - bureau 200 - Longueuil (Québec) J4K 0A8  
Téléphone : (450) 463-1835 poste 61748 - Télécopieur : (450) 463-1839





## L'HISTOIRE DE LINDA

Linda a quarante ans au moment où nous la rencontrons. Elle est agressée sexuellement par son père pour la première fois à l'âge de quatre ans. Les épisodes d'abus ont lieu sur une base régulière et incluent principalement des attouchements et des contacts oraux-génitaux. Linda est agressée par son père jusqu'à l'âge de 13 ans, moment où elle dévoile la situation à sa mère. Linda décrit sa mère comme une femme dépressive, alcoolique et qui démontre peu d'affection et d'amour à ses enfants. En plus d'être dénigrée constamment devant les autres par son père, Linda dit avoir vécu un épisode de violence physique sévère par son père. Enfant, elle dit ne pas dormir la nuit et se sentir constamment sur le qui-vive lorsque son père est dans la maison. Lorsqu'elle dévoile les abus à sa mère au début de l'adolescence, celle-ci répond ne pas être surprise de la situation et n'a plus jamais reparlé de ces événements par la suite. Linda se sent tout de même protégée par sa mère, puisque cette dernière aurait exigé que son père quitte la maison peu de temps après ces révélations. Linda ne recevra ni soutien, ni services<sup>6</sup> en lien avec les agressions sexuelles qu'elle a vécues.

Dès l'âge de 12 ans, Linda a régulièrement des relations sexuelles avec différentes fréquentations. Elle consomme de l'alcool et des drogues sur une base régulière. Elle rapporte avoir beaucoup de cauchemars envahissants à l'adolescence et avoir développé de l'anxiété et des troubles paniques avec agoraphobie, qui perdureront jusqu'à l'âge adulte. Selon ses dires, ces troubles paniques sont une véritable souffrance tout au long de son adolescence et l'ont amenée à faire une tentative de suicide à l'âge de 20 ans. Linda reçoit des diagnostics de trouble de personnalité limite et de trouble bipolaire à l'âge adulte et pour lesquels elle affirme présenter les symptômes depuis l'adolescence, mais elle ne recevra pas de services pour ces difficultés avant la fin de la trentaine. Elle dit avoir bu de l'alcool pour soigner ses symptômes à l'adolescence et au début de l'âge adulte.

Linda abandonne l'école à 15 ans pour pouvoir vivre « une vie de femme ». Ayant à ce moment l'impression d'avoir perdu son enfance, elle dit ne plus vouloir perdre de temps. À 18 ans, elle rencontre un homme qui deviendra le père de ses trois enfants et avec qui elle sera mariée pendant plus de 20 ans. Trois mois après leur rencontre, elle emménage avec lui alors qu'elle est enceinte. Linda décrit cet homme comme ayant un problème d'alcool, comme étant violent verbalement et physiquement, et dénigrant à l'endroit des femmes, ce qui résulte en de nombreuses disputes conjugales auxquelles sont exposés ses enfants.

<sup>6</sup> Pour rappel, renvoie à tous services d'aide reçus par un professionnel du domaine psychosocial ou de la santé. Ces services peuvent inclure ceux reçus dans un contexte d'autorité (par ex. : services de protection de l'enfance) ou sur une base volontaire (par ex. : psychothérapie individuelle, suivi médical en santé mentale).



C'est Linda qui s'occupe des trois enfants (deux filles et un garçon), disant que de toute façon, ce sont ses enfants et non pas ceux de son conjoint. Elle affirme avoir toujours eu de la difficulté à jouer son rôle de parent, dit vivre de l'insécurité et avoue avoir de la difficulté à donner une structure et à imposer des règles à ses enfants. En bas âge, les enfants sont victimes de violence psychologique et occasionnellement physique de la part du père. Selon Linda, celui-ci fait régulièrement des allusions inappropriées à caractère sexuel et misogynes devant les enfants. Linda décrit ses enfants comme étant agités et turbulents dès leur jeune âge. À l'école primaire, ils présentent des difficultés de comportement. Linda se perçoit comme un bourreau de travail et combine plusieurs emplois ce qui fait qu'elle est peu souvent à la maison. Cette absence amène les enfants de Linda à passer beaucoup de temps avec leur père et dans la famille élargie.

C'est lorsque sa fille cadette a 14 ans qu'elle dévoile à Linda que son père l'agresse sexuellement depuis quelques années. Linda apprend aussi à ce moment que sa fille a été victime d'agression sexuelle dans le passé par son oncle maternel (beau-frère de Linda) et par deux cousins (neveux de Linda), connus pour avoir des comportements sexuels problématiques et chez qui la fille de Linda faisait du gardiennage. Linda affirme qu'à partir de ce moment, sa vie s'est écroulée.

## TRAUMATISME COMPLEXE

---

Le fait pour Linda d'avoir vécu des épisodes réguliers d'agression sexuelle sur une période de près de dix ans par une personne de confiance montre bien qu'il s'agit d'un trauma relationnel prolongé, répété et survenant dans une période développementale, renvoyant à un traumatisme complexe. Ce type de traumatisme sévère survenu à l'enfance est plus susceptible d'entraîner des conséquences complexes et développementales à l'enfance et à l'âge adulte, qui se manifesteraient par l'altération de différents domaines de fonctionnement chez la victime, incluant des changements sur le plan de la personnalité et des relations.

## PEUR INTENSE, IMPUISSANCE, CAUCHEMARS ET HYPERVIGILANCE

---

L'intensité du trauma déclenché lors des premières victimisations sexuelles constituerait un des facteurs les plus importants dans la variation des séquelles à long terme. Pour Linda, sa réaction au moment des premiers épisodes d'agression sexuelle se traduisait en figeant, montrant sa peur, son impuissance et son incapacité à intégrer ce qui lui arrive: « *Quand il passe devant le divan, c'est là où il vient me retrouver et il me demande des faveurs et des trucs comme ça. Moi, bien j'ai peur, donc je ne parle jamais dans ces situations-là. Je n'arrivais pas à sortir ni son, ni rien. Je figeais et je faisais ce qu'on me demandait.* »



En plus de cauchemars envahissants dont elle se souvient lorsqu'elle était très jeune, Linda se souvient aussi des symptômes d'hypervigilance qu'elle manifestait: « *Les situations arrivent chaque fois qu'il est à la maison. Je suis toujours sur le qui-vive. Je dors très peu la nuit, parce que j'ai toujours peur qu'il se lève. Je me mets toujours face à une entrée. Sa porte de chambre, je dois toujours la regarder. Je dois toujours entendre tout ce qui se passe dans la maison. Donc, le matin, dans le jour... je suis épuisée, fatiguée.* »

## **ABSENCE DE SOUTIEN ET DE SERVICES SUITE AU DEVOILEMENT DES AGRESSIONS SEXUELLES**

Les ressources de soutien provenant de l'environnement familial et social à l'enfance constituent une catégorie de facteurs déterminants dans le rétablissement et l'adaptation des jeunes victimes d'agression sexuelle. Pour Linda, même si elle sent que sa mère l'a crue et protégée suite à ses révélations, cette dernière n'a offert aucun soutien concernant les agressions sexuelles. Son dévoilement n'a pas été bien reçu par quelques-unes de ses sœurs, même si ces dernières avaient aussi été agressées sexuellement par leur père auparavant. « *Je n'étais plus capable de supporter ce qui se passait, vraiment. Et là, j'ai seulement dit à ma sœur, en minimisant le plus que je pouvais, j'ai dit: «Papa, il me touche les seins.» C'est tout... Puis là, elle a dit: «Bon, t'aimes ça faire de la chicane, toi!». Ma mère est entrée dans ma chambre à ce moment-là et m'a dit: «Qu'est-ce qui se passe?» Et là je pleure... Et ma sœur lui dit ce que je viens de lui dire. Et ma mère a répondu: «Je ne suis pas surprise!»... C'est tout. Mais à partir de là, je me suis sentie libérée qu'elle me dise: «Je ne suis pas surprise». Ça fait que je me dis: «Bon, elle me croit.» Mon père est parti de la maison sans qu'on sache pourquoi et on n'en a jamais reparlé.* »

À la suite de ces révélations, Linda n'a reçu aucun service, que ce soit en lien avec les agressions sexuelles qu'elle a subies ou les difficultés rencontrées à l'adolescence et au début de l'âge adulte (détresse psychologique, problèmes de santé mentale).

## **PRESENCE DE MAUVAIS TRAITEMENTS PHYSIQUES ET PSYCHOLOGIQUES**

Pour plusieurs victimes, les agressions sexuelles surviennent dans un contexte de cooccurrence avec d'autres formes de mauvais traitements dans la famille. Selon notre modèle, la coprésence d'autres mauvais traitements et d'adversités familiales favorise le développement de séquelles plus nombreuses et d'intensité supérieure chez les victimes d'agression sexuelle. Les agressions sexuelles que Linda a vécues dans son enfance s'inscrivent dans un contexte familial empreint de violence psychologique, voire physique à l'occasion. « *J'étais très maigre à l'époque. Et [mon père]*



*se plaisait à me narguer dans ma famille, surtout devant mes autres sœurs. Il me disait : «Maigre-sèche» et d'autres mots comme ça. Il m'appelait comme ça, puis tout le monde rigolait. J'aimais vraiment pas ça. [...] J'ai vécu une fois de la violence physique avec mon père. Il m'a donné un bon coup de pied dans le derrière, où j'ai senti mon coccyx... je le sais pas si ça a cassé. J'en ai eu pour des semaines à ne pas pouvoir m'asseoir. »*

## **DIFFICULTES PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIES À L'ADOLESCENCE ET À L'ÂGE ADULTE**

Les femmes victimes d'ASE sont plus à risque de présenter une diversité de conséquences psychologiques et de problèmes de santé mentale à l'adolescence et l'âge adulte, qui, ultérieurement, sont susceptibles d'affecter la relation conjugale et les pratiques parentales, mais aussi d'exposer leur enfant à un ensemble de facteurs de risque. La vie de Linda montre un important cumul de difficultés psychologiques qui sont apparues tôt à l'adolescence et pour lesquelles elle n'a pas reçu de suivi professionnel: consommation de drogues et d'alcool, cauchemars, pensées envahissantes, symptômes d'anxiété et de trouble panique ainsi que les manifestations d'un trouble de personnalité limite et d'un trouble bipolaire. La difficulté à gérer ces difficultés, particulièrement les crises associées au trouble panique, mènera Linda à faire une tentative de suicide à vingt ans : *« C'était fou. Vers l'âge de 17 ans, j'ai fait beaucoup de crises de panique. J'avais des symptômes, mais je ne me faisais pas soigner. J'essayais par moi-même, par la boisson, de me soigner de ça. À 20 ans, j'ai voulu me suicider parce que j'en faisais trop. J'ai avalé plein de comprimés. »*

À l'âge adulte, Linda est diagnostiquée comme présentant un trouble de personnalité limite et un trouble bipolaire, pour lesquels elle reconnaît présenter les symptômes depuis l'adolescence. La dissociation semble aussi présente dans la vie de Linda dès son jeune âge : *« J'ai un mécanisme de défense assez puissant que j'ai mis en place très, très jeune. Pour parler de ce que j'ai vécu avec quelqu'un, peu importe le contexte, je suis assez à l'aise, même dans les moindres détails. En fait, c'est parce que je fais deux avec les événements et les émotions. Je suis capable encore, c'est un mécanisme qui est là... Comme par exemple, dans ma vie intime et sexuelle jusqu'à tout récemment, je n'étais pas capable du tout de connecter les deux. Je n'étais pas là. Jamais, jamais, jamais.»*

## **DIFFICULTES RELATIONNELLES ET CONJUGALES À L'ADOLESCENCE ET À L'ÂGE ADULTE**

Les difficultés relationnelles et conjugales sont évidentes dans la vie de Linda. Le modèle suggère que ces difficultés vont influencer le rôle parental et avoir des répercussions sur le développement et le bien-être des enfants, ainsi que sur l'environnement dans lequel ils évoluent. Avant



de rencontrer son mari à 18 ans, Linda rapporte avoir eu plusieurs partenaires sexuels, et ce, dès le début de l'adolescence. Avec son mari, elle reconnaît avoir été en couple avec lui à des fins utilitaires, suggérant un style d'attachement non sécurisant, voire évitant : « *Il m'attirait beaucoup parce que j'étais capable de lui prendre son attention rapidement. Il était facilement manipulable, et je le voyais. [...] Les hommes, je les trouvais laids, pervers, méchants, dangereux... Enfin, tout ce qu'il y avait de pas beau, et [mon mari] n'y faisait pas exception. Mais j'en avais besoin pour avoir des enfants. Je voulais absolument des enfants dans ma vie. Donc j'ai eu les enfants rapidement, puis c'était à moi.* »

Il a aussi été montré que les femmes survivantes d'agression sexuelle, et particulièrement celles présentant plus de difficultés psychologiques, étaient plus à risque d'être en couple avec un partenaire qu'elles décrivent comme dépendant, peu confiant, immature, dominant, ayant un problème d'abus de substances, présentant des difficultés sur le plan de la personnalité, ou encore qu'elles sont plus susceptibles d'être en couple avec un homme étant à risque d'agresser sexuellement. Linda décrit son mari en ces termes : « *C'est un gars solitaire, un gars alcoolique, qui boit beaucoup... qui est méchant avec les femmes. Qui dénigre les femmes, beaucoup! Et moi je me dis: «C'est sûr qu'il va changer avec moi, je vais y arriver».* Mais il déteste les femmes, et moi les hommes...on se complétait bien, dans le fond. »

De plus, la violence semble caractériser la relation entre Linda et son mari, ce qui semble inévitablement se répercuter sur les enfants : « *Il buvait de plus en plus. Et là, on se chicanait de plus en plus. Il y avait de la violence. De la violence physique, verbale et psychologique. On se lançait des objets et lui commençait à être un peu violent avec les enfants. C'était pour m'atteindre moi. Il utilisait les enfants pour venir me déranger.* »

## MATERNITE PRECOCE

Considérant les différentes conséquences que sont plus susceptibles de présenter à l'âge adulte les femmes victimes d'ASE, notre modèle explicatif conçoit que ces difficultés psychologiques et conjugales risquent de se maintenir lorsque ces victimes deviennent mères, affectant ainsi la sphère maternelle. En ce qui concerne Linda, c'est le désir d'accéder à une vie d'adulte qui lui a fait avoir un enfant à l'âge de 19 ans. Dans ses motivations à avoir un enfant, elle dit avoir voulu un premier enfant pour ne pas être seule : « *Moi je voulais un enfant, je ne voulais pas vivre seule dans ma vie. Et ce que je fais, je le fais toujours pour moi seule.* «[En parlant de son mari] *Toi, si t'en veux pas d'enfants, ce n'est pas mon trouble, moi j'en veux!* » Ces motivations, jumelées à une maternité précoce survenant à une période de grande vulnérabilité (détresse psychologique, symptômes de santé mentale) peuvent certainement avoir influencé la maternité de Linda et son rôle parental.



## INSECURITE DANS LE ROLE MATERNEL ET DIFFICULTES D'ENCADREMENT DES ENFANTS

Il appert que les mères victimes d'ASE sont plus susceptibles de rencontrer des défis liés à l'exercice de leur rôle parental que les mères n'en ayant pas été victimes, particulièrement celles rapportant d'autres adversités au cours de l'enfance et l'adolescence, comme c'est le cas de Linda. Ces difficultés concernent principalement la relation avec leur enfant, leurs pratiques éducatives, l'éducation sexuelle, et la communication concernant la sexualité avec leur enfant. Ces défis supplémentaires seraient favorables au développement de difficultés d'adaptation chez les enfants de mères survivantes d'agression sexuelle.

Pour Linda, le sentiment d'insécurité et les difficultés à imposer une structure et mettre des limites ont été des difficultés qu'elle a rencontrées dans son rôle de mère. « *Je joue difficilement mon rôle de mère. Je mélange beaucoup ces rôles-là, encore aujourd'hui. J'ai toujours eu tendance à jouer la fille et à laisser le rôle de la mère à ma plus vieille. En fait, je manque beaucoup de confiance en moi. [...] Je suis très aimante. Je les adore [mes enfants]... vraiment inconditionnellement. Mais je n'offre pas de structure... ce qu'une mère doit imposer dans la maison, je ne le fais pas. Pas du tout. Je n'y arrive pas. Parfois, je vais essayer de le faire, mais je n'y arrive pas. Par exemple, mon gars, il est très tenace. Il a appris rapidement que s'il tenait son bout, je finissais par céder le mien* ».

De plus, Linda dit ne pas être mal à l'aise de parler de sexualité avec ses enfants si ce sont eux qui abordent le sujet et ne croit pas qu'il faille superviser les activités sexuelles de ses adolescents : « *La sexualité, je n'en parle pas outre mesure avec mes enfants. Je ne vais pas de l'avant. La plus vieille [17 ans], je le sais qu'elle a des relations sexuelles, mais disons que je n'aime pas trop ça le savoir. Sa chambre est juste au-dessus de la mienne puis j'essaie de mettre de la musique forte si elle est avec un garçon. Je veux pas le savoir.*»

## DIFFICULTES COMPROMETTANT LA SUPERVISION DES ENFANTS

La présence de difficultés personnelles et parentales auprès des mères ayant une histoire d'ASE pourrait augmenter les risques d'agression sexuelle de leur enfant notamment en exposant leur enfant à des environnements plus à risque et en diminuant leur capacité à offrir une supervision efficace. Les difficultés de supervision de la mère ne sont en aucun cas perçues comme des aveuglements intentionnels, soutenant l'hypothèse de la mère complice, mais plutôt comme la présence de difficultés qui interfèrent avec la capacité à offrir une supervision optimale (ex. : périodes de consommation, symptômes de dissociation, problèmes de santé mentale).



Dans l'histoire de Linda, cette dernière rapporte avoir eu des périodes de travail intensives, qui peuvent être associées à des phases maniaques de son trouble bipolaire. Ces périodes où elle acceptait de faire plusieurs heures de travail à ses deux emplois la gardaient souvent à l'extérieur de la maison et l'obligeaient à confier ses enfants à son mari ou des membres de la famille élargie (surtout la plus jeune, les deux autres enfants étant plus autonomes) : « *Quand ma plus jeune a eu à peu près 10 ans, je suis retournée aux études et tout de suite après j'ai travaillé dans mon domaine. J'avais deux emplois. Je suis une « workaholique ». Je suis quelqu'un qui peut travailler par moment facilement 70 heures/semaine, avec les enfants et tout ça. Pendant ces périodes, je roule beaucoup. Et j'ai fait du bénévolat en plus, c'était complètement fou! Quand j'y repense, j'ai aucune idée de comment j'ai fait ça. Ça a duré pendant au moins deux ans. Par exemple, il y a des fois où j'arrivais chez moi, puis je faisais une brassée de lavage (lessive) et la vaisselle entre deux quarts de travail puis...je vais vite là. Je vais très vite. Ça fait que je n'ai pas trop le temps de savoir ce qui se passe vraiment dans la maison puis tout ça. On s'écrit des papiers sur la table.* » Ces périodes correspondent au moment où les agressions sexuelles de la fille cadette de Linda ont commencé.

## PROBLEMES DE COMPORTEMENT INTERIORISES ET EXTERIORISES DES ENFANTS

Les difficultés importantes vécues par les mères victimes d'ASE sont susceptibles d'affecter leurs enfants tout au cours de leur développement. Les données actuellement disponibles laissent croire que les enfants de mères survivantes d'ASE présentent un risque plus grand de développer de difficultés émotionnelles, physiques, sociales, comportementales et affectives pouvant mettre ces enfants davantage à risque d'agression sexuelle.

Ainsi, les problèmes de comportement intériorisé et extériorisé, les déficits intellectuels, les problèmes scolaires, l'isolement social, le fait d'avoir été victime d'abus physique et le manque d'encadrement et de supervision des parents sont des facteurs qui augmenteraient les risques d'agression sexuelle d'un enfant. Linda dit avoir eu de « bons enfants ». Elle admet toutefois que dès leur bas âge, ils étaient agités, turbulents, tannants. Elle décrit sa fille cadette différemment, comme étant plutôt solitaire et isolée. Son garçon a reçu un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et elle soupçonne ses deux filles de problèmes d'alimentation ou d'anorexie. Même si Linda tente de minimiser les difficultés de ses enfants, elle affirme que l'école appelait régulièrement à la maison pour l'aviser de problèmes de comportement: « *Évidemment, j'ai eu un peu de difficulté à l'école avec les enfants. Parfois avec ma plus vieille, parfois avec mon garçon. Parfois avec la plus jeune. Elle [la plus jeune] est très, très bonne à l'école, mais elle aussi fait des trucs qui font que des fois, les professeurs doivent m'appeler.* »



Il appert que dans la situation de Linda, ses trois enfants semblent avoir montré des difficultés d'adaptation et de comportement tout au cours de leur enfance, mais que seule sa fille cadette a dévoilé avoir été victime d'agression sexuelle. Cela n'exclut pas la possibilité que ses deux enfants plus âgés aient aussi été victimes d'agression sexuelle sans qu'ils l'aient révélé à leur mère. Mais le fait que seule la fille cadette de Linda pourrait avoir été agressée sexuellement montre que le rôle des caractéristiques de l'enfant peut certes augmenter ses risques de victimisation. Mais cela met aussi en lumière que la présence, dans l'environnement de l'enfant, d'une personne qui présente les caractéristiques d'un agresseur sexuel et d'un contexte de faible supervision, sont des conditions nécessaires pour que cet enfant soit agressé sexuellement. Cette combinaison de facteurs semble avoir été davantage présente pour la fille cadette de Linda que pour ses deux enfants plus âgés.

### AGRESSION SEXUELLE DE LA FILLE CADETTE

---

Linda découvre, lorsque sa fille cadette avait 14 ans, que celle-ci avait vécu à plusieurs reprises dans les dernières années des agressions sexuelles par son père, mais aussi par son oncle paternel et deux cousins. Dès ce moment, Linda a cru, protégé et soutenu sa fille et a signalé la situation à la protection de la jeunesse. Même si Linda affirme que sa vie s'est écroulée depuis ce moment et que ses difficultés ont été exacerbées depuis, elle accompagne sa fille dans le cadre d'un programme de traitement spécialisé pour enfants victimes d'agression sexuelle.

Quand on a demandé à Linda comment elle s'expliquait que sa fille cadette ait été, tout comme elle, agressée sexuellement dans l'enfance, elle répond : *« J'ai bien de la misère à me l'expliquer. Pourquoi que nous, qui l'avons vécu, alors que l'on devrait être bien plus sujettes à l'observation, plus à l'affut pour voir ces trucs-là, pour les protéger ou de ne pas refaire les mêmes erreurs ou... Je ne comprends pas! J'imagine que c'est peut-être par manque de barrières, étant donné qu'on n'a pas ces barrières-là, ce respect de soi, que l'on n'est pas capable de... (hésitation). En tout cas, moi, le fait que je ne suis pas capable de dire non, que mon rôle de parent est mélangé... ça m'a amenée à élever mes enfants dans un milieu qui était probablement propice pour reproduire la même chose. Aussi, parmi les traits particuliers des abuseurs, il y en a qui sont peut-être plus susceptibles de se retrouver avec une femme victime... Mais je n'ai aucune idée dans le fond. »*





## CONCLUSION

Le modèle que nous proposons pour comprendre la continuité de la victimisation sexuelle entre deux générations conçoit que le passé d'ASE d'une mère soit un facteur de risque de l'agression sexuelle d'un enfant, et ce, par le biais de multiples trajectoires possibles. La considération des difficultés de la mère pour expliquer l'augmentation des risques d'agression sexuelle de leur enfant ne permet pas de blâmer la mère pour une agression sexuelle qu'elle n'a pas commise : l'agresseur est toujours la personne responsable de l'agression sexuelle. Cette conception à la base de notre modèle permet de considérer les mères impliquées dans un cycle intergénérationnel comme des mères survivantes et présentant des difficultés découlant de leur agression sexuelle, plutôt que comme des mères complices ou en partie responsables. Cette considération plaide surtout en faveur d'un dépistage et d'une prise en charge efficaces des jeunes victimes d'ASE et d'une disponibilité de services basés sur les données probantes en matière de traitement. Car, à l'instar de Linda, les victimes n'ayant bénéficié ni de services spécialisés suivant le dévoilement des agressions sexuelles, ni de services en lien avec les séquelles à long terme d'une ASE sont susceptibles de porter un fardeau d'adversités et de difficultés sur une longue période de temps, voire sur plus d'une génération.

## LES GARÇONS ET GUILLAUME, A TABLE !

Film de Guillaume Gallienne (2013).

Il était une fois une mère qui avait déjà deux garçons et décide de traiter son dernier en fille. Pour Guillaume, enfant, rien de très surprenant. Il est la fille que sa mère veut avoir. Seul son père, dit-il, refuse : « *Je ne sais pas pourquoi mais il ne veut pas que je sois une fille* ».

Faire de son enfant l'objet que l'on voudrait avoir est une des formes de la maltraitance, moins tangible que la maltraitance physique ou sexuelle, plus délicate, plus pudique - pour reprendre une des caractéristiques que Guillaume attribue à sa mère. Tout bébé est dépendant du désir de sa mère. Qu'est-ce qui va permettre à Guillaume de s'extraire de l'emprise maternelle, c'est-à-dire de s'autoriser à sortir petit à petit de cette position d'objet et acquérir par la même une existence vivante ? Jusqu'à pouvoir faire de son histoire un spectacle de théâtre et/ou un film, drôle et enthousiasmant bien qu'il narre une histoire grave, toute empreinte de la violence qui lui est faite de diverses parts. Du trauma, il en ressort vivant et nous le fait partager sur le mode de l'allégresse.

Pour Guillaume, sa mère est tout : « *Elle est géniale ma mère. En fait, je crois qu'elle n'a aucun défaut* ». Son souhait le plus vif est d'être aimé de cette mère qu'il estime toute-puissante, qu'il déifie. Elle le veut différent de ses frères, elle le veut fille : il le sera ! Guillaume aurait pu en rester là mais la situation ne s'avère pas si confortable. D'abord parce que son père n'accepte pas du tout qu'il soit une fille et l'envoie dans une pension pour garçons. Ensuite car, même en répondant à la demande de sa mère, il ne la satisfait pas et se trouve confronté à un hiatus : il est une fille et non un homosexuel or il est considéré comme homosexuel et non comme fille. En premier lieu par sa mère, d'où toute l'ambivalence de son désir à elle et, du coup, la recherche identificatoire qui taraude Guillaume.



Il cherche, il affine : d'être la fille de sa mère, il s'évertue à se faire copie de sa mère puis d'autres femmes qu'elle apprécie et enfin à se tester homosexuel. Ça rate, encore et encore. Guillaume subit des moqueries, des humiliations mais aussi fait de bonnes rencontres qui ne le stigmatisent pas et l'empêchent de s'enfermer dans une fausse identification. Jusqu'à ce dîner entre filles qu'organise une de ses amies et auquel il insiste pour être invité en tant que fille. Elle l'accepte au final mais en tant que garçon. Et là, la phrase sous laquelle il a tenté de se construire, s'inverse lorsque son amie invite « *Les filles et Guillaume, à table !* ». Première surprise pour lui et seconde quand il affirme, au cours de ce dîner, comme malgré lui, à la fille qui deviendra sa femme, « *J'ai les cuisses musclées* ». Identification virile mêlée à un atout qu'il se découvre : les femmes, il les connaît pour les avoir imitées si longtemps, pour avoir copié leur souffle.

Ce film traite du désir maternel, de maltraitance et traumatisme et d'identification sexuelle. Un beau moment de formation pour nous et une démonstration que l'on peut s'en sortir... pas sans la psychanalyse et sans l'art pour Guillaume Gallienne.

**Anne Delgrange**

Service de Santé mentale Provincial (Namur)



**Guillaume Gallienne**, né le 8 février 1972 à Neuilly-sur-Seine, est un acteur, scénariste et réalisateur français, sociétaire de la Comédie-Française.

Guillaume Gallienne a reçu de multiples récompenses dont notamment 2 Molières (2010, 2011) et 5 Césars (2014).

La majorité de ses récompenses sont dues à son spectacle puis son film autobiographique, *Les garçons et Guillaume, à table !* Guillaume Gallienne y joue son propre rôle, ainsi que celui de sa mère, remportant à l'occasion de cette double performance le César du meilleur acteur.

## POST-PARTUM

Film de Delphine Noëls (2014).

### Une invitation à prendre la mesure de l'accompagnement périnatal indispensable.

Je remercie Delphine Noëls pour le courage de ce film, pour la justesse de son propos et pour l'invitation à côtoyer et à débattre de la « *folie ordinaire* » et de la « *folie pathologique* », à partir d'un thème présenté trop souvent sous la couleur « *Rose Bonbon* » de la maternité. Ayons le courage de nous laisser bouleverser et entamer par cette problématique du post-partum qui peut se jouer sur un mode « *piano* », « *moderato* », ou « *forte* ». Si écrire ce film est une forme soit de folie, soit d'inconscience, comme le dit la réalisatrice, je pense que c'est à l'image de ce qu'est « *concevoir un enfant* » ! Dès lors, en tant que professionnel de la Petite Enfance, prenons toute la mesure de l'offre d'accompagnement que mérite cet événement.

Nous savons qu'un nouveau-né naît toujours « *prématuré* » : il ne peut vivre que s'il est porté, pensé et soigné par un autre, semblable et sécurisant. Cette immaturité vient du fait que nous sommes des êtres de langage (à la différence des animaux qui vivent par instinct). C'est à cause de ce langage que les événements peuvent être « *distordus* ».

Alors que Luce attend un heureux événement, à la naissance de la petite Rose, rien ne se passe comme prévu... Que veut dire le mot « *amour* », le mot « *ma-man* » ? Luce est confrontée à l'effondrement de la signification commune des mots : elle ne sait plus ce que ça veut dire.

N'en va-t-il pas de même dans le « *devenir parent* » : mère et père, eux aussi prématurés dans leur maternité et paternité ? Ils doivent également être portés, pensés, et soignés par d'autres.

Le service d'accompagnement que propose l'ONE via le travail des TMS, est précisément d'aller à la rencontre de ces femmes, futures mères et jeunes mères, de se laisser surprendre par le tissage singulier qu'entreprend chacune d'elles pour créer le lien à son enfant. Il en va de même dans la rencontre avec le papa.

Le film va jusqu'au bout de la folie, mais on peut rétrograder jusqu'à la folie ordinaire. De l'une à l'autre, il n'y a parfois que quelques pas. Winnicott nous parle d'ailleurs de l'indispensable « *folie maternelle* », ou préoccupation maternelle primaire, lors des tous premiers moments de la vie d'un bébé, nécessaire pour interpréter ce que veut dire l'enfant « *infans* ».



Si le post-partum prend une coloration particulière pour la mère, c'est parce qu'elle vit « *en creux* » puis « *en plein* » sa féminité et sa maternité. Cette alternance de présence et d'absence est un mouvement qui doit être bordé, entouré avec soin ; comme si la brèche de l'accouchement pouvait laisser s'échapper tous les débordements psychiques éveillés ou réveillés par la présence du bébé.

Quand Luce perd les eaux, un gouffre s'ouvre à ses pieds : le réel de l'enfant. Et elle va dériver. Elle ne peut pas mettre de point d'interrogation au bout de ses questions : « *pourquoi Rose pleure-t-elle ?* ». Elle a une certitude : les pleurs de son bébé annoncent quelque chose de grave. Elle doit protéger son enfant de ce danger, et par là même l'entraîne dans sa folie. Quelle mère ne perdrait pas quelque peu pied lorsqu'elle donne la vie ? Luce vient dire sur un mode « *forte* » ce que bien des femmes ressentent sur un mode « *piano* » ou « *moderato* ».

Ce film me conforte dans l'idée qu'un tissage à plusieurs fils et à plusieurs mains est nécessaire pour entourer la naissance et confectionner un « couffin social » tant pour accueillir le bébé que chacun de ses parents en devenir.

« *Accompagner* », c'est le boulot de la TMS, c'est percevoir la tristesse de cette toute jeune maman qui vient d'accoucher, isolée dans nos campagnes, isolée de sa « *mère patrie* », et penser « *elle a besoin d'une mère* »...

« *Accompagner* », c'est penser avec cette jeune femme la possibilité d'un contact avec sa mère restée au pays. Se rendre présente, au rythme de la réalité du travail de la TMS : parfois une fois par semaine, parfois entrecoupé d'un appel téléphonique ou d'un SMS pour demander « *comment ça va aujourd'hui ?* ». Et quand prendre ce temps se ponctue, sur le pas de la porte, par les mots du Papa : « *Madame, c'est la première fois que je vois ma femme sourire depuis l'accouchement* », on peut se dire qu'on a tricoté une « *maille* » à l'endroit sur l'envers de la tristesse.

« *Comment tisse-t-on une histoire d'amour ?* » pouvons-nous nous demander avec Luce. Au-delà des normes et des conventions, comment amener Luce à tisser un lien entre le mot et la chose, entre le mot « *Maman* » et le fait d'être mère ? Le métier à tisser exige plusieurs mains. Face à la solitude sans fin de Luce et à l'impuissance de ses proches, il faut se « *barrer* » des conseils et des bonnes intentions. C'est d'une autre présence qu'il s'agit pour border ce vide. Plutôt se réduire à être l'outil de la lice qui sert à séparer le fil de chaîne et le fil de trame : séparer ce qui ressort de la subjectivité de la mère et de celle de son enfant, pour qu'un nouveau lien se tisse entre l'enfant et un autre semblable. Se prêter à cette place permet que chaque acte posé soit un point de tissage pour la constitution psychique de l'enfant et du devenir parent.



Il ne s'agit pas de comprendre la cause de la folie qui risquerait de nous dédouaner de notre responsabilité, mais d'entendre ce qui se passe lors de chaque naissance, pour donner orientation, sens, direction à notre accompagnement. Notre responsabilité est celle-là : poser un acte, celui de faire glisser la lice...

Voilà le travail d'accompagnement.

**Bernadette Huberlant**

Référente Maltraitance de l'ONE (Namur)



**Delphine Noël** est née à Liège en 1973.

Les chemins qui l'ont menée au cinéma sont sinueux et pour le moins étonnants.

En 1990, elle suit les cours de candidature en philologie orientale (pour apprendre à décrypter les hiéroglyphes) à l'Université de Liège. Ensuite, elle s'inscrit à l'Académie des Beaux Arts (en peinture) de Liège et obtient son diplôme en 1996. C'est alors qu'elle s'oriente définitivement vers le cinéma en s'inscrivant à l'INSAS d'où elle sortira en 2001 munie d'un diplôme de réalisation.

Actuellement, elle étudie la psychanalyse et s'intéresse à l'œuvre de Freud et de Lacan, les hiéroglyphes, le dessin, la peinture, la sculpture, le cinéma et la suite est logique.

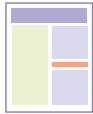
Elle est simplement passée des langues mortes à une langue vivante, mais son centre d'intérêt resté le même : la face cachée, cryptée, obscure des choses.

# 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 :



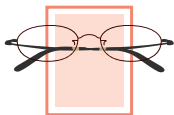
### Article

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 en français et en anglais et de 3 à 5 mots-clés dans les deux langues.



### 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...

Il s'agit de rendre compte, en une page maximum, de l'intérêt d'un ouvrage, d'une publication, d'un film, d'une pièce de théâtre... récents dans le domaine de la maltraitance infantile. Ce résumé présentera les grandes lignes de l'oeuvre 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.

# CARNET DE NOTES SUR LES MALTRAITANCES INFANTILES

EDITEUR RESPONSABLE  
Benoît PARMENTIER

RÉALISATION  
ONE

DOCBU0001  
D/2014/74.80/79



## AUX PROCHAINS NUMÉROS...

Dans les rubriques thématiques des prochains numéros du Carnet de Notes sur les Maltraitements Infantiles (CNMI), nous proposons de traiter la problématique de l'inceste fraternel, la question de la résistance au dévoilement en contexte d'audition chez les enfants victimes de maltraitance, ou encore de revenir sur la périnatalité, mais cette fois, dans le contexte particulier des troubles mentaux chez les parents ; nous invitons également les auteurs à penser : les mécanismes sociaux de paupérisation et les risques de négligence connexes ; la souffrance des professionnels ; 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, le CNMI reste aussi ouvert aux propositions hors des thématiques suggérées...



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

ONE.be