

Dossier

Les réponses thérapeutiques en faveur des victimes et de leurs familles

Dr Marc Gérard, Louissette De Ryck¹

Introduction

A la fin des années 70, les pays européens ont découvert, ou plutôt redécouvert peu à peu les formes les plus cachées des mauvais traitements et d'abus à l'égard des enfants : les abus sexuels. Le mouvement est venu d'outre-atlantique et s'est heurté au départ à une certaine incrédulité, pour ne pas dire à une certaine méfiance. Nous avons pu observer que cette véritable forteresse de la honte et du silence n'a cédé que très lentement. Il a d'abord fallu, dans nos sociétés, que des assauts soient dirigés contre le déni et la méconnaissance de la maltraitance physique, puis de la négligence, pour que les enfants victimes d'abus sexuels puissent se faire entendre et obtenir une aide.

De forts décalages chronologiques ont été observés entre les divers pays d'Europe en matière de prise de conscience du problème et de la mise en place des moyens de dépistage appropriés. Apparemment, c'est un processus similaire qui d'étape en étape, dans la lutte contre la maltraitance des enfants, conduit ou a déjà mené selon les pays, au cœur du problème et de sa prise en charge. Le premier pas a souvent consisté à lever le voile sur les violences intrafamiliales, à en mesurer l'ampleur et la gravité, à informer le public et à former les professionnels. Les plus criantes de ces situations, celles des enfants battus, victimes de sévices physiques affligeants, devinrent rapidement détectables.

Il faut être conscient que les stratégies d'intervention qui sont mises en oeuvre, dans l'intérêt des enfants, ne suscitent généralement l'adhésion des intervenants qu'à la condition de concilier des objectifs de protection avec des objectifs de remédiation aux dysfonctionnements familiaux qui sont à l'origine du problème.

Les violences sexuelles, par leur caractère caché et secret, dépourvues de signes spectaculaires, touchant plus encore que d'autres formes de maltraitance l'ensemble des couches sociales, ne se révèlent à des tiers qu'en terrain propice. Pour que l'enfant victime d'abus sexuel ait une chance de faire percevoir ou entendre son malaise, il faut un contexte social qui encourage le questionnement et l'investigation dans le domaine des abus mais qui propose aussi une aide véritable à l'enfant qui en est victime.

Cette aide nous paraît avoir nécessairement deux versants : le premier est le soutien dans la crise du dévoilement avec toutes ses vicissitudes, le second est le traitement du traumatisme psychique généré par l'abus.

¹ Gérard Marc, pédopsychiatre, coordinateur et De Ryck Louissette, psychologue – Centre SOS Enfants de l'ULB – CHU Saint-Pierre – rue Haute, 322 – 1000 Bruxelles.
Article publié avec l'aimable autorisation du Conseil de l'Europe. Extrait de la publication « *Child sexual abuse in Europe* » (ISBN 92-871-5118-0), chapitre 8, pages 155-164 du Conseil de l'Europe. © Conseil de l'Europe, 2003 ; tous droits réservés.

Des temps thérapeutiques différenciés et complémentaires doivent donc être envisagés.

Par ailleurs, la nature délictueuse des faits sur lesquels il convient d'enquêter, rend nécessaire la prise en charge judiciaire du problème. Les interventions à visée thérapeutique doivent en être bien différenciées. Partout, on perçoit le besoin de passerelles efficaces entre les deux cadres de référence, le cadre judiciaire et le cadre thérapeutique, dans le respect des logiques d'action très différentes.

La thérapie dans son contexte

Le premier élément que nous tenons à mettre en perspective est d'ordre éthique : une très forte augmentation de la détection des cas dans la sphère médico-psychologique et des signalements d'abus sexuels, aux structures judiciaires ou protectionnelles, selon les pays, crée une demande de services auxquels les institutions doivent faire face. Il leur faut assurer la formation et développer des compétences spécialisées d'une part, garantir une offre suffisante en matière d'aide aux victimes d'autre part. Or, qualitativement et quantitativement, chaque nouveau signalement déclenche un besoin considérable en matière de ressources d'accompagnement multidisciplinaire.

Il ne nous paraît pas défendable de dire aux enfants – implicitement ou explicitement – « nous allons vous aider dans l'épreuve et au-delà s'il le faut » sans garantir qu'il en sera bien ainsi. Il ne faudrait pas que le remède paraisse créer plus de troubles que de mal.

En effet les vicissitudes du parcours d'un signalement ou d'une plainte en Justice sont nombreuses.

Nous ne discuterons pas dans ce chapitre les réels progrès engrangés dans de nombreux pays en matière de réponses judiciaires et légales, ni du chemin qui reste encore à parcourir pour que la loi s'applique en sorte que l'enfant victime se trouve conforté, au vu des actions menées, dans le bien fondé de sa plainte.

Rappelons tout de même que des mouvements forts ont existé qui prônaient en premier une approche thérapeutique et récusaient la pénalisation du problème. Ce « tout thérapeutique » procédait de l'idée que c'est dans la confiance totale en des centres médicaux, garants d'un secret professionnel absolu, que pouvaient au mieux se dévoiler les cas, tant par les auteurs que par les victimes.

L'intention était louable de vouloir mettre au centre de la cause le seul bien des enfants et des familles. Il s'agissait aussi sans doute d'un appel criant en faveur du développement de ressources médico-psycho-sociales face à une tendance sociale lourde attendant de la Justice qu'elle se charge d'apporter toutes les réponses (A. Bentovim).

Une des difficultés auxquelles on se heurte lorsqu'il s'agit de clarifier les ressources thérapeutiques souhaitables, est celle de la diversité des réactions individuelles et familiales aux abus sexuels ; cette diversité est sous-tendue par la variabilité de nombreux facteurs en cause. Il existe bien certaines constantes, sur lesquelles il convient d'appuyer les stratégies préventives et thérapeutiques ; des facteurs comme la typologie de l'abus, l'âge de l'enfant, la proximité de l'abuseur et le lien affectif l'unissant à la victime, l'attitude de la mère, la dynamique familiale, la santé psychique de l'enfant, la coexistence d'autres formes de maltraitance..., doivent être pris en compte lors de l'élaboration d'un plan thérapeutique.

Des indications et contre-indications naissent de ces facteurs. Elles s'alimentent aussi des réactions sociales autour du dévoilement et d'aspects séquentiels importants qui auront une

forte influence sur la prise en charge, comme par exemple le recueil du témoignage de l'enfant, l'éviction de l'abuseur, la répétition d'expertises,... Enfin, on ne saurait aborder le contexte de la thérapie sans prendre en compte la demande du sujet et sans confondre des phases d'évaluation et de soutien – dont la valeur peut être thérapeutique en soi – avec des demandes de thérapies plus spécifiques, à moyen ou long terme.

L'avis des usagers

Dans le cadre de l'initiative Daphné de la Commission européenne, destinée à développer des mesures pour combattre la violence envers les enfants, les jeunes et les femmes, une recherche multicentrique s'est fixé pour objectif de donner la parole à des groupes d'enfants et adolescents victimes d'abus sexuels, à des parents non abuseurs et à des professionnels de divers horizons (L.Green).

La méthodologie retenue était celle des « focus groups » et trois centres réputés pour leur engagement dans le champ de la thérapie des abus sexuels ont participé à ce travail en Belgique, en Angleterre et aux Pays-Bas. Dans ces trois pays, un même schéma de discussion structurée fut proposée aux différents groupes.

L'objectif était de clarifier les critères et les enjeux d'un meilleur équilibre entre les interventions légales et les interventions à visée thérapeutique.

Selon les pays, la culture de la discussion de groupe est apparue plus ou moins développée. Les personnes rassemblées à l'occasion de cette recherche portant sur les problèmes délicats qu'elles avaient rencontrés, ont toutes salué l'initiative et pointé, là où le groupe de parole n'appartient pas à l'arsenal thérapeutique, qu'une telle approche s'imposait dans le futur. L'impact de cette recherche sur les réseaux de soins fut considérable en Belgique, où le maillage thérapeutique s'est enrichi peu à peu de la culture du groupe de parole comme ressource d'aide face aux abus sexuels.

Nous retiendrons également le regret des professionnels de ne pas être plus souvent réunis en interdisciplinarité, et pour les décideurs tout simplement entre eux, comme ce fut le cas à l'occasion de cette recherche. Une autre attente généralement exprimée était celle d'une meilleure formation et de lieux propices à la discussion de cas.

Les mondes de la magistrature, de la police, de la protection de l'enfance, de la médecine, de la psychothérapie aspirent à l'évidence à mieux articuler leurs pratiques dans le respect des rôles de chacun.

Un avis unanime dans les trois pays participants a porté sur le manque d'accessibilité et de visibilité des services d'aide compétents lorsque l'enfant et ses proches sont confrontés, brusquement et douloureusement, à un problème d'abus sexuel. Dans bien des cas, une aide authentique n'a été ressentie qu'à l'issue d'envois successifs d'un service à l'autre, parfois des années durant.

Ces témoignages nombreux et émouvants appellent des réponses dans le champ de l'aide aux victimes et de l'organisation des services par les pouvoirs publics.

Sur le sujet précis de la psychothérapie, les résultats de l'étude font apparaître qu'il ne va pas de soi d'être adressé à un service d'aide psychologique. Les enfants et les jeunes estiment qu'il faut y être invité avec conviction mais avec respect de leur hésitation. Ils estiment, eux qui ont bénéficié d'une aide, qu'il est heureux qu'on leur ait proposé au moins

d'essayer. La question du sexe du thérapeute ne leur paraît pas avoir eu d'incidence majeure mais à tout le moins, nous disent-ils, un certain choix devrait exister au départ.

L'importance du soutien à leur mère, dont ils perçoivent douloureusement le désarroi, avec des sentiments d'impuissance et de culpabilité, a été fortement mis en évidence. Les entretiens familiaux ne sont pas encouragés par les victimes elles-mêmes, avant un long cheminement qui en gommara les aspects terrifiants ; ils ne devraient jamais être imposés, insistent ces témoins.

On le voit, il est essentiel que les interventions proposées donnent largement la parole à ceux qui en font l'objet et que la gamme de réponses possibles soit très large afin de s'adapter au contexte et aux besoins des situations traitées.

Aperçu de la littérature

On retrouve assez systématiquement l'idée qu'il faut absolument que les contacts entre l'abuseur et la victime cessent pour une période indéterminée.

Certains thérapeutes systémiques attirent cependant l'attention sur le risque de voir la notion de protection devenir abusive, en ce qu'elle pourrait favoriser l'éclatement des familles et installer une autre forme de destructivité (H. Schrod).

En effet, dans le domaine de l'abus sexuel sur enfant, il n'est pas rare que l'on se heurte à des situations où la protection nécessaire devient incompatible avec le maintien d'un soi-disant équilibre familial. H. Schrod dénonce justement des situations où l'empathie si nécessaire à tout travail thérapeutique ne s'installe pas, où la colère reste et nous renvoie à notre propre violence. Pourtant, il faut aussi pouvoir accepter que cette colère puisse bien être saine et qu'on ne peut pas toujours traiter ensemble une victime et son abuseur. Ce serait nier certaines réalités psychopathologiques.

La question de la manière d'en arriver à ce que ces contacts cessent immédiatement est importante. La pratique la plus courante est d'éloigner l'enfant, dans les cas d'abus sexuel intra-familial. On peut trouver qu'il serait plus souhaitable que ce soit l'abuseur qui quitte le domicile.

Ceci suppose que le parent non-abuseur soutienne l'enfant et que le cadre légal rende possible la mise à distance du présumé abuseur.

Différentes recherches montrent que les auteurs d'abus sexuels sont, dans plus de 80% des cas, des adultes connus de l'enfant et très souvent, un membre de leur famille.

Il est rassurant de lire dans que des études ont démontré qu'on n'a pas trouvé d'effets délétères au placement en dehors du foyer ou à l'éloignement de l'agresseur (L. Berliner).

Ajoutons le questionnement suivant : le choix du lieu d'hébergement est-il suffisamment pensé lorsqu'il s'agit d'un lieu chargé affectivement, tant du côté de la victime que de l'abuseur ? Songeons particulièrement à la situation rencontrée dans la pratique, d'hébergement du père abuseur par sa propre mère, elle-même grand-mère de l'enfant et du sens que peut revêtir cet accueil, tant pour l'un que pour l'autre.

Précisons, pour éviter toute confusion, que la question du traitement, des enfants victimes d'abus sexuels concerne tout un programme de prise en charge pluridisciplinaire de la problématique. Ce programme contient l'aspect psychothérapeutique, mais ne s'y limite pas. Plusieurs auteurs se préoccupent de préciser les objectifs à atteindre.

Pour L. Berliner, l'intervention poursuit plusieurs buts importants : le traitement des conséquences psychologiques des expériences d'abus, le souci d'un développement sain afin de réduire les risques d'évolution négative à long terme, la protection de la victime, les poursuites judiciaires appropriées pour l'auteur des faits.

L. Berliner aborde la question de la difficulté d'établir un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement, en rapport avec la grande variété des effets de l'abus sexuel, essentiellement parce que l'abus sexuel englobe un large éventail d'expériences. Elle en conclut qu'avant d'entreprendre un traitement, il faut effectuer une mise au point qui déterminera l'impact spécifique de l'abus sur l'enfant et permettra d'évaluer la réponse parentale.

De nombreux facteurs sont à prendre en considération : les relations avec la famille et les pairs, les performances scolaires et la socialisation de l'enfant victime d'abus sexuels.

Le traitement devrait favoriser la reprise du cours normal du développement, qui apparaît comme le facteur clé d'un bon pronostic à long terme. Parmi les formes de traitement décrites par cet auteur, retenons l'intervention psychoéducatrice, la thérapie centrée sur l'abus et la thérapie cognitivo-comportementale spécifiquement centrée sur le trauma.

Parmi les approches psychothérapeutiques, le courant de l'analyse systémique et de la thérapie familiale s'est beaucoup penché sur la question de l'abus sexuel d'enfants (R. Neuburger, J. Barudy).

J. Barudy situe d'emblée les problèmes à traiter dans un contexte plus large, celui d'une approche systémique familiale, de réseau, voire sociétale.

Il s'agirait de s'adresser au système social et familial, violent et abusif, dans lequel les abuseurs sont présentés comme eux-mêmes abusés, abusant parce qu'ils ont grandi dans ce système. Le drame de ces adultes abuseurs résiderait dans le fait que leur souffrance, conséquence de la violence et de l'abus qu'ils ont connu dans l'enfance, n'a pas été verbalisée, entendue, reconnue.

Ces expériences traumatiques se sont, selon Barudy, accumulées dans les caves de la conscience, s'exprimant a posteriori par des rituels analogiques, comme les abus sexuels de leurs propres enfants.

Il s'agit ici du cycle transgénérationnel de la violence. Cette répétition d'une génération à l'autre est d'observation courante. Remarquons cependant qu'un grand nombre d'études démentent que cet enchaînement transgénérationnel puisse présenter un caractère absolu. Beaucoup de victimes ne deviennent pas des adultes abuseurs, beaucoup d'abuseurs sexuels n'ont pas été victimes de tels faits dans leur enfance.

L'auteur aborde la question de l'aide à apporter aux victimes.

A partir du dévoilement des faits abusifs, il défend la cause de la création d'une alternative thérapeutique pour l'ensemble de la famille, y compris pour les adultes maltraitants.

D'après lui, tous les efforts pour contribuer à la libération de la victime des effets traumatiques et aliénants de la terreur familiale, passent par la facilitation des processus relationnels non-violents, et par une réécriture familiale de l'histoire explicative de ces événements.

Il attend du processus thérapeutique qu'il permette :

- un changement dans les comportements abusifs
- l'élaboration du caractère traumatique de cette expérience
- un processus de dialogue permettant l'émergence de modes de communication, de comportements et de croyances non-violents.

Pour la victime, il précise que la thérapie devra lui permettre surtout de se reconnaître comme victime, facilitant le vécu et l'expression constructive de la haine, comme une alternative pour se libérer du passé et de la soumission à son « bourreau ».

R. Neuburger apporte une réflexion intéressante en distinguant les deux cas de figure suivants : la dénonciation et l'énonciation. L'idée est que, dans les situations où il n'y a pas eu de dénonciation de l'abus sexuel, il est possible pour le thérapeute systémique, de créer des énoncés qui, sans être pour autant des dénonciations, entraînent des effets de vérité, soit des modifications de la structure communicationnelle d'un groupe.

Neuburger donne une place centrale à la question de la nécessaire transformation de la structure communicationnelle de la famille qui, d'un groupe totalitaire fermé sur lui-même et autosuffisant, doit pouvoir évoluer vers un groupe perméable aux regards.

Il attire l'attention sur l'importance du suivi du groupe familial, afin qu'il ne se referme pas et ne retrouve son mode de fonctionnement antérieur.

Dans le suivi des familles où il y a eu dénonciation, il est très important que des équipes puissent s'investir dans le maintien de la communication à l'intérieur du groupe familial concerné, en particulier en ce qui concerne les faits, et entre ce groupe et le monde extérieur.

D'autres repères techniques sont proposés dans le champ de la psychothérapie des abus sexuels. La psychothérapie peut être conçue comme un traitement de l'expérience émotionnelle par une expérience émotionnelle correctrice (F. Duykaerts). Elle serait l'acte par lequel l'esprit vient au secours de l'esprit, dans un rencontre salutaire de compréhension et de restauration (H. Ey).

Pour C. Epelbaum, les références doivent rester psychanalytiques tout au long du chemin thérapeutique avec des tels patients, afin de nous aider à comprendre ce qui est en jeu. Toutefois, il est fondamental que toute une équipe institutionnelle se sente le porteur d'un projet d'aide et s'engage, dans la durée et malgré une réalité quotidienne pas toujours facile, à soutenir le projet. Souvent des internats constitueront les structures requises.

L'auteur se réfère aux effets pathogènes durables dans la psyché de l'enfant du traumatisme réellement subi et ce, en raison de la coexistence d'une excitation massive et d'une impuissance totale à maîtriser celle-ci.

De surcroît, la souffrance psychique de l'enfant a été disqualifiée par l'adulte abuseur, ce qui a provoqué une confusion entre ce que l'enfant a ressenti et ce qui lui a été dicté explicitement par l'adulte. Une telle exposition peut aboutir secondairement à une désorganisation des processus de symbolisation et d'autonomisation psychique de l'enfant.

L'approche cognitivo-comportementale est régulièrement préconisée, particulièrement en rapport avec le stress post-traumatique comme conséquence typique de l'abus sexuel (A. Ehlers).

La thérapie par le jeu est également proposée. Généralement, le cours de la thérapie avec de jeunes enfants victimes d'abus sexuels comporte trois processus centraux répétitifs : la mise à l'épreuve de la relation thérapeutique, l'évocation des expériences traumatiques et la mise en cause des mécanismes de déni.

Plusieurs auteurs considèrent les thérapies de groupe comme plus efficaces que les thérapies individuelles. Certains évoquent l'importance de la démythification des situations abusives vécues grâce au partage avec d'autres personnes qui ont vécu des faits analogues. La thérapie de groupe permet la restauration d'une confiance et l'enrichissement des voies de solution échangées dans une atmosphère d'entraide.

Mais la thérapie de groupe ne remplace pas forcément la thérapie individuelle, dont beaucoup de victimes ont besoin pour évacuer leurs angoisses et leurs peurs les plus intimes. Si la parole ne permet pas d'exprimer leur souffrance, celle-ci s'exprimera souvent autrement : agression, toxicomanie, automutilation, dépression, suicide (M. Dordu).

H. Van Gijsegheem n'hésite pas à évoquer le risque de voir les thérapies de groupe maintenir l'enfant dans le drame et l'empêcher de tourner la page. D'après lui, il est probable qu'une thérapie individuelle est bénéfique à certains enfants mais il dénonce toute forme d'acharnement, qu'il soit préventif, investigateur ou thérapeutique.

Certains auteurs ont essayé de dégager les facteurs associés positivement au changement thérapeutique chez ces enfants traumatisés. La répétition comme tentative de maîtrise, l'interprétation des affects et des situations, les caractéristiques de la relation thérapeutique sont identifiées comme facteurs de changement dans le cadre thérapeutique.

On ne saurait assez souligner la complexité du programme de prise en charge d'un enfant abusé car il faudra prendre en compte la singularité de chaque situation individuelle, du contexte familial et social, de la dimension historique.

Traiter est une question d'indication ; il faut donc arriver à suffisamment comprendre. Retenons l'idée que le traitement devrait veiller à protéger le potentiel de développement de l'enfant victime, en le restaurant, en le consolidant et en lui permettant ensuite de s'exprimer sans aide spécifique (R.K. Oates).

Pourquoi une thérapie ?

En préconisant une assistance thérapeutique aux enfants victimes d'abus sexuels, nous poursuivons des objectifs généraux et des objectifs spécifiques.

Avant d'être une technique sous-tendue par des compétences spécifiques, l'engagement thérapeutique est fait d'une volonté d'éviter d'aggraver les choses.

Il est important de se soucier, à toutes les étapes des interventions, de tout ce qui relèverait d'une attitude antithérapeutique (M. Lenay). Les écueils sont nombreux et les risques sont réels pour l'enfant victime d'abus sexuels de se retrouver dans un processus dit de victimisation secondaire. Un premier niveau de risque consiste à dénier, banaliser ou discréditer ce qu'avance, tant bien que mal, l'enfant ou l'adolescent victime d'abus sexuels. Ce renvoi au silence, au désespoir et à la fatalité est source d'intenses souffrances intérieures. Celles-ci risquent de déboucher, des années plus tard, généralement à l'adolescence, sur une explosion comportementale. L'enfant abusé, qui n'aura été ni reconnu ni soutenu comme victime, va se trouver stigmatisé pour des conduites jugées déviantes ou antisociales, ou encore il entamera une carrière de soins psychiatriques parfois très lourds.

Un autre écueil fréquent est celui de la répétition des expertises et des évaluations, comportant une multiplication des interrogatoires sur les faits mais aussi de tests qui parlent à l'insu de l'enfant si rien ne lui en est restitué. Ces évaluations ne s'adressent pas directement à la souffrance de l'enfant.

L'enfant qui dévoile un abus sexuel a besoin d'être traité en sujet et de bénéficier d'un accompagnement singulier. Il demande une prise en charge cohérente, soucieuse de continuité et porteuse de sens. Il attend de l'intervention qu'elle ne s'adresse pas qu'aux abus, qu'elle s'ouvre à son histoire, à sa perception des dysfonctionnements qui l'entourent, à l'ensemble de son existence et de ses liens.

Quelques principes de travail se dégagent donc clairement. Une relation tierce et saine est proposée. L'enfant devra s'approprier peu à peu de briser le silence.

L'intime est touché, la confiance est brisée, le doute sur soi-même et sur les autres est angoissant. L'avenir n'est plus le même. « Chaque jour, j'ai mon passé devant moi » nous disait une jeune adolescente en demande d'aide.

Le rapport au corps et au désir, pas uniquement sexuel, est altéré. Les sentiments fréquents d'être sali et les sentiments de honte, les idées de faute et de responsabilité personnelle, la colère, la haine et l'attachement malgré tout sont autant de questions qu'un cadre thérapeutique permet d'aborder dans leurs intrications complexes et dans leurs troublantes contradictions.

Sans vouloir dénier aux ressources de l'enfant et de son entourage la capacité, parfois surprenante, de surmonter l'épreuve, nous pensons qu'une thérapie rigoureuse, menée sans activisme réparateur ni surprotection intrusive, ouvre largement la voie à une issue favorable.

Les temps thérapeutiques

Les problèmes d'abus sexuels d'enfants et d'adolescents, au moment où ils sont révélés, sont chargés d'incertitudes.

Les preuves immédiates sont rares. De la détection ou de la plainte au diagnostic ou à la preuve, le chemin est généralement long et difficile. Selon les pays, il existe divers cheminements possibles à partir d'une présomption d'abus sexuels. Il peut s'agir, comme dans notre pays, de l'appel direct ou de l'envoi vers une équipe psycho-médico-sociale spécialisée, organisant un accueil et une évaluation pluridisciplinaire quasi immédiats.

Le cadre n'est ni celui de la protection de l'enfance ni celui de la police, bien que la majorité des cas soient orientés aussi vers ces structures.

Le dispositif vise à minimiser l'impact négatif pour l'enfant de la crise du dévoilement. Cette crise devient incontournable si les indices cliniques ou les dires de l'enfant orientent clairement vers des faits d'abus sexuels actuels ou récents. L'enfant, la famille et les intervenants sont alors mis sous tension (T. Furniss). L'enfant peut être hospitalisé brièvement, ou soustrait d'une autre manière à l'influence de son agresseur présumé. Le doute, l'incertitude, l'angoisse marquent ces premiers temps. Quoi qu'il advienne des enquêtes et des poursuites qui seront menées – car bien évidemment les cas paraissant fondés sont guidés vers les structures judiciaires – l'enfant saura que ce qu'il a confié a été entendu. Il se verra assurer, lui et ses proches, d'une assistance thérapeutique dans la durée.

Nous insistons donc sur la dimension de soutien à l'enfant et sur la fonction de contenant à la crise familiale.

Dans d'autres contextes, l'orientation vers une assistance thérapeutique ne se conçoit qu'après un long temps d'intervention judiciaire, couplée ou non à une aide sociale. La ressource thérapeutique se trouve située en aval ; elle peut n'être accessible que très longtemps après les faits. L'évolution de telles situations n'aura pas été influencée par une forme ou l'autre d'accompagnement thérapeutique. L'injonction thérapeutique prévaudra souvent sur la demande volontaire et les bases de travail risquent d'être viciées ou très rigides. Il est certes possible de faire œuvre utile dans de tels contextes d'aide contraints mais il n'est pas sûr que l'enfant s'y retrouve.

Plus la thérapie est proposée comme levier d'une réhabilitation familiale, plus il nous semble qu'elle doive s'inscrire dans le long terme.

Un réel contrôle dans la réalité devrait alors être garanti et l'attention portée au bien-être de l'enfant victime ne devrait jamais s'estomper.

Enfin, remarquons que nombre de situations d'allégations douteuses ou erronées concernant de jeunes enfants plongent leurs racines dans une histoire maternelle marquée par des abus sexuels. Resté sans écho dans son enfance, l'abus de la mère ne se révèle, en quelque sorte, qu'à l'occasion de cette inquiétude actuelle qu'elle nous soumet pour son enfant. Fréquemment, une thérapie s'enclenche sur cette base, en décalage total par rapport aux faits abusifs réels.

Conclusions et recommandations

Le traitement des enfants victimes d'abus sexuels doit être multiple et tenir compte d'un très grand nombre d'éléments, propres à chaque cas particulier.

Les abus sexuels peuvent être associés à d'autres formes sévères de mauvais traitements et nécessiter un train de mesures d'aide dont les priorités seront protectionnelles et psycho-éducatives. A l'autre extrême, l'enfant est cru et soutenu par sa mère, ou par ses deux parents, et l'impact négatif de l'expérience peut se résorber presque spontanément. Face à ces extrêmes, il paraît nécessaire de disposer d'une large gamme de réponses à proposer. A tout le moins faudrait-il que chaque enfant victime puisse bénéficier d'une aide individuelle qualifiée ainsi que son parent non impliqué dans l'abus. Le soutien dans la réalité et la coordination des actions menées sont indispensables, dès la crise du dévoilement.

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

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

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

Bibliographie

- BARUDY, J. (1997). *La douleur invisible de l'enfant. Approche éco-systémique de la maltraitance*. Paris : Erès.
- BENTOVIM, A. (1993). "Treatment services for sexually abused children and families : forwards, backwards and standing still". *Child Abuse Review* (U. K.), 2, p. 196-202.
- BERLINER, L. (2001). *Intervention in sexual abuse*. University of Wisconsin – IPSCAN, Web site.
- DORDU, Michel. (1997). « Imposer sa sexualité à un enfant, c'est d'une extrême violence ». *Non-Violence Actualité* (Québec), (mai).
- DUYCKAERTS, F. (1994). « *Du traitement de l'expérience* » ou « *Les fondements de la psychothérapie* ». Bruxelles : De Boeck Université.
- EHLERS, A. (1995). STEIL, R. "Maintenance of intrusive memories in PTSD : a cognitive approach". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol 23 (3), p. 217-249.
- EPELBAUM, C. (2001). « Sévices à enfants : les enjeux d'une malédiction ». *DIRem* (Bruxelles, ONE), n° 42 (déc. 2000-janv. 2001), p.3-8.
- EY, H., BERNARD, P., BRISSET, Ch. (1974). *Manuel de Psychiatrie*. 4ème édition revue et complétée. Paris : Masson et Cie.
- FURNISS, T. (1991). *The multi-professional handbook of child sexual abuse: integrated, management, therapy and legal intervention*. London : Routledge.
- GREEN, L. (1999). "Getting the balance right : a cross comparative analysis of the balance between legal intervention and therapeutic support systems, in relation to responses to child sexual abuse in England, Belgium and the Netherlands. A report under the Daphne initiative EC". Huddersfield (England) : University of Huddersfield.
- LEMAY, M. (1999). « Vous avez dit "thérapeutique" ? ». In *Afirem. La prise en charge de la maltraitance*. Paris : Karthala, p. 127-133.
- MONCK, E. (1997). "Evaluating therapeutic intervention with sexually abused children". *Child Abuse Review* (U. K.), 6, p. 163-177.
- NEUBURGER, R. (2000). « Violences sexuelles intra-familiales. De la dénonciation à l'énonciation ». *Thérapie familiale* (Genève), vol. 22, n°1, p. 44-45.
- OATES, R.K., et al. (1995). "A therapeutic preschool for abused children : The keepsafeproject". *Child Abuse and Neglect*, vol. 19 (11), p. 1379-1386.
- SCHROD, H. (2001). « Et si on parlait de la violence des intervenants », *DIRem* (Bruxelles, ONE), n° 47 (octobre-novembre), p. 3-12.
- VAN GIJSEGHEM, H. (1999). *Us et abus : de la mise en mots en matière d'abus sexuel* ». Montréal : Editions du Méridien.