

Responsable de la publication:
Service des soins infirmiers
prix Fr. - 2



Cliniques des abus sexuels

Sommaire

Editorial : Le comité de rédaction.

Clinique des enfants abusés: Docteur Alain Herzog, ATEMA, (Accueil de l'Enfant Maltraité et Abusé) SUPEA.

Loi d'aide aux victimes d'infraction: M^{me} Maryse Bloch, assistante sociale au centre LAVI.)¹,

Clinique des adultes abusés: M^{me} Claude Robert, infirmière à la Section des Troubles de la Personnalité

Editorial

« *L'augmentation spectaculaire des viols d'enfants dans de nombreuses sociétés, et en particulier aux Etats-Unis, pourrait bien être une manifestation de la perte de repères des adultes dans leur vie familiale.* »²

Matinée ardue que celle-là qui nous a permis d'entendre quelques versions nuancées de la prise en charge de ces patients(es), enfant ou adulte, abusés sexuellement. Chaque auditeur, sur ce sujet, défendait des positions implicites qu'il était bien de rendre plus explicites.

En effet, les équipes soignantes s'interrogent contradictoirement à la fois sur la réalité du traumatisme, sur ses représentations fantasmatiques et sur ce qui pourrait en constituer une simulation. Quelques-uns connaissaient le débat à ce sujet du début du siècle entre Freud³ et Ferenczi⁴, d'autres avaient entendu cette histoire d'une patiente qui avait porté plainte contre son père incestueux, suite aux suggestions de son éminent analyste, accusation qu'elle avait récusée au procès, d'autres enfin s'étaient justement scandalisés au récit qu'avait pu faire certaines femmes violées de la réception qu'elles avaient trouvée dans certains commissariats de police.

Toutes ces histoires et d'autres encore étaient, ce matin-là, confrontées à des professionnels qui, dans des secteurs spécifiques d'activités, prenaient en charge les victimes d'abus sexuels.

Quels fruits naissent de ces controverses ? Nous avons tout le moins la responsabilité d'accepter d'entendre les exposés et la gratitude à exprimer à ceux qui ont accepté d'en porter le challenge.

Clinique des enfants abusés

¹ Centre de consultation, 2 place Bel-Air, 1003 Lausanne, tél : 021-320 32 00, 24h sur 24.

² Manuel Castells, *Le pouvoir de l'identité*, Fayard, Paris, 1999, p. 285.

³ Sigmund Freud, *Névrose, psychose, perversion*, Paris, PUF, 1973, pp. 219-245.

⁴ Sandor Ferenczi, *Psychanalyse IV, réflexions sur le traumatisme*, pp. 140-147.

Mon propos ce matin sera de tenter de partager avec vous les aléas des positions objectives et subjectives du pédopsychiatre lors de sa rencontre avec la clinique de l'enfant victime d'un abus sexuel. Cette rencontre n'est jamais spontanée ; elle est le plus souvent la résultante d'une cascade d'interventions donc d'intervenants qui la précèdent. Très schématiquement, les communautés civiles et pénales attendent deux missions distinctes de cette rencontre : l'une à l'adresse du pédopsychiatre expert à des fins médico-légales permettant si possible de confirmer voire d'infirmer la crédibilité du témoignage de l'enfant, l'autre à l'adresse du pédopsychiatre psychothérapeute dans une perspective évaluative de la réalité psychique actuelle de l'enfant permettant des propositions thérapeutiques.

Comme vous pouvez bien l'imaginer, le climat émotionnellement chargé aussi bien pour l'enfant que pour son entourage concernant la finalité de cette rencontre, rend particulièrement poreuse et ambiguë la séparation entre ces deux missions. Pour cela, il en est de la formation et de l'éthique de notre spécialité de savoir préserver l'autonomie nécessaire afin de garantir notre champ d'interventions auprès des enfants qui nous sont confiés. Après ce préambule quelque peu impersonnel et factuel, je vais essayer par l'éclairage de mon expérience clinique de vous transmettre quelques pistes de réflexion.

Tout d'abord de quoi s'agit-il pour l'enfant de se trouver confronté à la crudité brutale et impensable de la sexualité adulte ?

De se voir immerger brusquement et irréversiblement dans une tonalité relationnelle d'emprise où le sexe fait loi, de se percevoir l'instrument du plaisir sexuel de l'autre ? Laplanche, en 1984, propose la définition de la «sédution originaires» sorte de prototype qui représenterait la situation fondamentale où l'adulte propose à l'enfant des signifiants énigmatiques – verbaux, non verbaux et comportementaux – imprégnés de signification sexuelle inconsciente. La portée potentiellement traumatique de ces significations provient du fait que, et là je cite Laplanche : «l'enfant ne possède pas les réponses physiologiques ou

émotionnelles correspondant aux messages sexualisés qui lui sont proposés». Fin de citation. Il est plongé dans la sidération d'un langage dont il ne connaît ni le vocabulaire ni la syntaxe. C'est une langue étrangère qu'on lui assène, qu'il est incapable de décoder.

Ferenczi, en 1933, dans son article intitulé : «Confusion de langue entre les adultes et l'enfant», repère le traumatisme à partir de la violence produite par la confusion entre le langage passionnel chez l'adulte et le langage de la tendresse chez l'enfant. Une pareille confusion peut amener l'enfant à reprendre pour lui-même la culpabilité de l'adulte, à la fois innocente et coupable, avec possibilité d'évoluer de façon clivée.

Soit vers une tentative de régression proche d'une béatitude prétraumatique - pôle de l'innocence ;

Soit vers une progression pathologique – pôle de la culpabilité.

L'enfant victime de sévices sexuels, en un mûrissement anachronique, peut lui-même développer les émotions passionnelles calquées sur celles de l'adulte. Ces émotions sexualisées par l'épreuve de réalité et non par la fantasmagorie de l'enfant, viennent faire collusion avec le stade de développement psychosexuel où ce dernier se situe. La transgression par l'adulte de l'interdit de l'inceste disperse les repères internes indispensables à la construction du psychisme de l'enfant, contamine de façon irréversible tous les fantasmes nécessaires à la construction de sa propre théorie sur la sexualité infantile, (organes génitaux, conception, accouchement, etc.), entrave par un excès de représentations violentes, non métabolisables par son monde interne, ses capacités de rêverie et donc la poursuite de ses potentialités de symbolisation. En d'autres termes, comment démêler la psyché de l'enfant, de ce qui a trait à l'irruption traumatique du sexuel, de ce qui le constitue en tant que sujet à devenir, en ce moment donné, autour de ses fantasmes infantiles inconscients. Et c'est là que le problème se complique. L'usage veut qu'en verbalisant ses émotions et ses affects liés à un événement particulier, permettrait à quiconque de pouvoir s'en débarrasser, voire tout au moins de s'en

soulager. Dans la situation qui nous intéresse, l'angoisse intolérable suscitée par l'effroi de s'imaginer la rencontre sexuelle entre un adulte et un enfant peut trouver une issue dans une telle certitude. Il suffirait donc, d'adresser l'enfant à un spécialiste de l'écoute attentive des enfants, que celui-ci puisse récolter les confidences nécessaires à la bonne compréhension de la situation, les analyser pour enfin les retraduire dans un langage compréhensible, compte tenu de l'âge chronologique de l'enfant.

Marine, 9 ans, me disait il y a quelques mois très peu convaincue: «On m'a dit que je dois maintenant détester Tonton, après ce qu'il m'a fait subir. Comment faire, car je n'y arrive pas?». Marine ne nie pas la réalité des faits, c'est elle du reste qui a dénoncé son oncle. Elle est cependant pour l'instant plus préoccupée par ce qu'on lui impose – à tort ou à raison – de penser sur ses propres sentiments. Elle attend donc de l'aide pour effacer en elle toute ambivalence lui permettant ainsi par une position affective ferme, plus adaptée conventionnellement aux circonstances, de boucler la boucle en quelque sorte, réassurant par là même son entourage. Le psychiatre d'enfants doit tolérer l'ambiguïté voire la confusion des sentiments éprouvés, au-delà de toute connotation généraliste. Sa tâche est de rester au plus proche de la singularité de chaque situation clinique, d'éviter de se faire déborder, imprégner ou trop impressionner par l'excitation secondaire à l'impact douloureux du contexte.

Je viens de rencontrer Clara, qui a 7 ans aujourd'hui, à la demande de sa mère. Il y a 3 ans, Clara a été victime d'abus sexuels de la part de l'amant de sa mère gardienne. Il y a eu dénonciation, enquête et condamnation à 3 ans de réclusion. A cette époque, Clara et sa mère avaient consulté un service pédopsychiatrique, sans suite selon la mère. Dans un premier temps, je m'entretiens avec M^{me} hors de la présence de Clara. M^{me} est désespérée: depuis quelque temps, Clara lui reparlerait des événements vécus antérieurement, plus, il me semble dans un besoin de reconstruire des faits refoulés, que comme une compulsion obsédante et traumatique. En outre, M^{me} reconnaît que par ailleurs, elle n'a pas de souci particulier la

concernant: bonne élève, agréable et à l'aise dans ses relations, bien dans sa peau, bref, sans symptomatologie apparente. M^{me} durant ce bref entretien se décompose de plus en plus, et se met à pleurer. Lui tendant une perche sur sa propre histoire, elle va m'avouer que dès l'âge de 7 ans, elle a été régulièrement abusée par son beau-père. A 18 ans, juste avant de quitter avec fracas sa famille, elle se serait confiée très brièvement à sa mère qui lui aurait ri au nez. Depuis lors, elle n'aurait plus parlé de cet événement à personne: ni au père de Clara dont elle est divorcée depuis 5 ans, ni à son ami actuel qui vivait déjà avec elle lors des abus sur Clara, ni à Clara elle-même. Clara quant à elle va me livrer une toute autre version: c'est sa mère qui, le soir avant qu'elle ne s'endorme, vient pleurer près d'elle, en se remémorant avec elle l'injustice et la douleur subie lors de ces événements d'il y a 3 ans.

L'âge actuel de sa fille, la mise en liberté prochaine de l'abuseur réveille chez la mère de Clara une profonde amertume concernant la non-reconnaissance de sa propre souffrance infantile. Son secret enfoui ne lui laisse aucun répit et consulter aujourd'hui, à travers l'histoire de Clara, pourrait lui permettre de faire un tri entre leurs deux histoires permettant une différenciation à la fois réelle et symbolique.

Cette brève illustration pourrait permettre de débattre avec vous, de votre expérience avec vos patients adultes hospitalisés en psychiatrie, ayant vécu des traumatismes sexuels durant leur enfance.

BIBLIOGRAPHIE

Brette Françoise : Le traumatisme et ses théories, Revue française de psychanalyse, 1988, p1259-1284

Diatkine René: L'enfant dans l'adulte ou l'éternelle capacité de rêverie. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel-Paris, 1994.

Ferenczi Sandor: Confusion de langue entre les adultes et l'enfant. in Psychanalyse 4 (1932), Payot, Paris 1982.

Laplanche Jean : La pulsion et son objet-source, in La pulsion pour quoi faire ?,

Publication de l'Association française de Psychanalyse. 1984.

Masson Jeffrey Moussaieff :
Le réel escamoté. Aubin, Paris, 1984.

Racamier Paul-Claude : L'incestuel. Gruppo 9,
1993, p154-165.

Centre LAVI (loi d'aide aux victimes d'infractions)

Le centre de consultation pour victimes d'infractions du canton de Vaud sis à Lausanne est ouvert depuis 1993, année de la promulgation de la loi fédérale (LAVI). Il est animé par trois personnes (quatre depuis le 1^{er} novembre 2000) qui ont eu à traiter 597 nouveaux dossiers en 1999. Chaque année le nombre de situations augmente et le chiffre de 600 nouveaux dossiers va être vraisemblablement dépassé en 2000. Notre intervention peut aller du simple renseignement lors d'un unique appel téléphonique, à des prises en charge de longue durée.

Notre propos aujourd'hui est de décrire la LAVI dans ses applications plus spécifiquement appropriées aux victimes d'abus sexuels.

En 1999, sur 597 dossiers, 201 étaient ouverts pour des infractions d'ordre sexuel, concernant des adultes, des adolescents et des enfants. Soit plus d'un tiers des situations. Que penser de ces chiffres ? Vous me demandez quelle valeur accorder aux statistiques ? Il est évident que nous ne pouvons tirer des conclusions statistiques que sur la base des situations qui parviennent au centre LAVI. Je vous indique qu'une étude extrêmement intéressante a été menée à Genève en 1997. 1130 jeunes âgés de 13 à 17 ans ont été choisis sur une base méthodologique solide pour y participer ⁵. Globalement 10,9% des garçons et 33,8% des filles ont rapporté avoir fait l'expérience d'une

activité sexuelle abusive au moins une fois dans leur vie.

Tous les praticiens des centres LAVI bénéficient d'une formation spécifique (droit, psychologie, victimologie). A Lausanne nous avons tous été formés en « debriefing », technique visant à prévenir un PTSD (Post-Traumatique Stress Disorder). J'ai eu l'occasion, moi-même, avant de commencer à travailler au centre LAVI, de bénéficier de différentes formations concernant la prise en charge des victimes d'abus sexuels. En particulier à San José (Californie) dans un centre spécialisé dans l'aide aux victimes d'actes d'ordre sexuel.

Le cadre juridique

Il est défini par une loi fédérale qui précise dans son **article 1**, alinéa 1 : « *La présente loi vise à fournir une aide efficace aux victimes d'infractions et à renforcer leurs droits*

Alinéa 2 : « L'aide fournie comprend : a) des conseils ; b) la protection de la victime et la défense de ses droits dans la procédure pénale ; c) l'indemnisation et la réparation morale. »

article2, alinéa 1 : « *Bénéficie d'une aide selon la présente loi toute personne qui a subi, du fait d'une infraction, une atteinte directe à son intégrité corporelle, sexuelle ou psychique (victime), que l'auteur ait été ou non découvert ou que le comportement de celui-ci soit ou non fautif. »*

L'article 3 définit les tâches du centre : Il doit fournir en tout temps une aide médicale, psychologique, sociale, matérielle et/ou juridique. Soit lui-même, soit par un tiers, au besoin, pendant une période assez longue.

Les prestations fournies directement par les centres de consultation sont gratuites. Selon la situation personnelle de la victime, certaines prestations apportées par des tiers, peuvent être prises en charge financièrement par les centres.

L'article 4 garantit une confidentialité absolue qui peut, dans le Canton de Vaud, entrer en contradiction avec la juridiction cantonale qui fait obligation à toute personne témoin d'infraction de les dénoncer aux autorités

⁵ A contre-cœur, à contre-corps, Regards pluriels sur les abus sexuels d'enfants. Sous la direction de S. Halpérin, P. Bouvier, H. Rey Wicky, Editions Médecine et Hygiène, 1997.

compétentes (police, justice, SPJ, etc.) (Loi vaudoise sur la protection de la jeunesse, art. 4). C'est la loi fédérale qui l'emporte sur la loi cantonale. Cela signifie-t-il que des enfants ou des adolescents suivis par le centre LAVI sont donc en danger et continuent de subir des mauvais traitements ? L'application de l'article 4 pourrait en effet se heurter au devoir de protection du mineur. Durant nos quatre ans d'activité, nous n'avons jamais failli à notre obligation de discrétion absolue. L'article 4, à notre avis, nous permet d'établir des liens de confiance indispensables avec nos interlocuteurs. Nous avons eu la satisfaction de voir que ceux-ci ont toujours su prendre les mesures qui s'imposaient pour que les situations de mineurs subissant des sévices soient signalées aux autorités compétentes. Nous sommes conscients qu'un jour ou l'autre, nous nous trouverons peut-être contraints d'enfreindre la loi pour assurer la protection d'un enfant.

Les praticiens du centre de consultation sont donc tenus à la confidentialité la plus stricte à l'égard de leurs clients. Cependant avec l'accord des intéressés, ils peuvent collaborer avec leur médecin, leur thérapeute, leur avocat, leur entourage, etc.

Les articles 5 à 10 décrivent les dispositions concernant la protection et le renforcement des droits de la victime dans la procédure pénale. Citons notamment les possibilités :

- De se faire accompagner par une personne de confiance aux auditions de police, chez le juge et au tribunal ;
- De demander à éviter la confrontation avec l'auteur de l'infraction ;
- De demander le huis-clos durant les audiences de jugement ;
- De pouvoir être entendue par une personne du même sexe s'agissant de victimes d'agressions sexuelles ;
- De faire valoir ses prétentions civiles, de former un recours dans ce domaine.
- De plus, la LAVI précise que la police informe la victime de l'existence des centres de consultation et que les autorités l'informent de ses droits à tous les stades de la procédure.

Les articles 11 à 17 donnent le cadre des indemnisations et réparation morale

Toute victime (quelque soit sa nationalité) d'une infraction commise en Suisse peut demander une indemnisation ou une réparation morale dans le canton dans lequel l'infraction a été commise, si l'auteur est inconnu, a disparu ou est insolvable. Si l'infraction a été perpétrée à l'étranger, la victime suisse ou domiciliée en Suisse, peut demander une indemnisation si elle n'obtient pas de prestations suffisantes de l'état étranger. La victime doit introduire ses demandes d'indemnisation et de réparation morale devant l'autorité dans un délai de deux ans à compter de la date de l'infraction. Ce délai étant très court, la loi d'application vaudoise a été modifiée afin d'améliorer la protection des victimes de moins de seize ans. Depuis le 1^{er} janvier 2000, le délai de péremption de deux ans commence à courir à partir du jour où la victime a 18 ans. Elle peut donc faire une demande d'indemnité à l'Etat jusqu'à l'âge de 20 ans.

Les délits d'ordre sexuel sont définis par les articles du Code pénal suisse :

- Art. 187 : actes d'ordre sexuel avec des enfants
- Art. 188 : actes d'ordre sexuel avec des personnes dépendantes
- Art. 189 : contraintes sexuelles.
- Art. 190 : viols.
- Art. 191 : actes d'ordre sexuel sur une personne incapable de discernement.
- Art. 192 : actes d'ordre sexuel avec des personnes hospitalisées, détenues ou prévenues.
- Art. 193 : abus de la détresse.

Notre premier rôle est d'être à l'écoute de la personne qui nous appelle et d'évaluer si, selon la loi, elle peut être considérée comme victime au sens de la LAVI (cf. art. LAVI). Si la personne est victime d'une infraction non reconnue par la LAVI (atteinte au patrimoine par ex.) nous la dirigeons vers le service compétent et la soutiendrons dans ses démarches si elle le désire.

Jamais nous ne mettons en doute les affirmations de la victime. Les personnes qui s'adressent à nous ont subi un événement traumatique qui perturbe leur existence, modifie la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et de leur environnement. Elles ont besoin d'être

entendues et soutenues dans leur effort pour surmonter le souvenir traumatisant. Ce travail de «dé-victimisation» est sans doute la raison essentielle de l'existence des centres LAVI car les connaissances actuelles dans ce domaine démontrent bien la nécessité d'une approche centrée sur l'intégration du traumatisme dans le parcours de vie des personnes victimisées.

La honte, la culpabilité ou la peur que ressentent ces victimes (femmes et hommes), les empêchent parfois d'envisager un dépôt de plainte. Il est souvent au-dessus de leurs forces de faire le récit des faits à un tiers. Elles craignent des représailles de la part de leurs proches et sont prises dans un conflit de loyauté si l'auteur de l'infraction est une personne amie ou un membre de la famille. D'autre part elles redoutent de ne pas être crues. Ces considérations concernent particulièrement les enfants et les adolescents. C'est pourquoi le Conseil fédéral a adopté le 10 mai 2000 le message concernant la modification du code pénal suisse (infractions contre l'intégrité sexuelle des enfants : *«En cas d'infractions graves contre l'intégrité sexuelle d'enfants de moins de 16 ans, la prescription de l'action pénale (10 ans) ne commencera à courir que lorsque la victime aura atteint l'âge de 18 ans»*). Actuellement le délai de prescription est de dix ans à partir de la date de la dernière agression.

Plus l'épisode traumatique est ancien et non résolu, plus massive peut être la demande d'aide. Il s'agit souvent de victimes qui n'ont jamais révélé l'événement ou qui n'ont pas reçu de réponses adéquates au moment des faits. Par exemple, manque de compréhension ou maladresse de l'entourage, insuffisance ou inadéquation de la réponse du travailleur social, de l'appareil judiciaire ou de la prise en charge thérapeutique. Nous sommes parfois surpris par l'intensité de la réaction de la victime et de sa souffrance pour un acte qu'elle vient de subir et qui nous paraît excessive. On peut alors suspecter que l'agression récente a réveillé d'anciens traumatismes que la personne croyait avoir oubliés et qui n'avaient pas été traités ou même abordés. Chez les victimes indirectes, en général les parents d'enfants agressés sexuellement, on voit aussi parfois se réveiller

d'anciens traumatismes vécus dans leur enfance et qui n'avaient pas été réglés.

Un adulte abusé dans son enfance n'aura plus la possibilité d'ouvrir d'action pénale si les faits sont prescrits. Il pourra cependant par lettre, informer le juge d'instruction de ce qu'il a subi. Une enquête sera ouverte et pourra mener à la découverte d'autres victimes potentielles.

Conclusion

La prise en considération progressive des conséquences des actes de violence sur les victimes a abouti à l'introduction dans la Constitution fédérale de l'article 64 ter dont la teneur est la suivante : *«La Confédération et les cantons veillent à ce que les victimes d'infractions contre la vie et l'intégrité corporelle bénéficient d'une aide. Celle-ci inclura une indemnisation équitable lorsqu'en raison de l'infraction, ces victimes connaissent des difficultés matérielles»*. Accepté par le Peuple suisse par votation en 1984, ce nouvel article fonde l'élaboration de la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (LAVI). Le législateur accorde ainsi une place spécifique à la victime dans la procédure pénale et il précise, par ailleurs, les devoirs de la collectivité publique à son égard.

Clinique des adultes abusés

Définition

«Toute charge sexuelle qui viole la sphère intime de l'enfant sans que celui-ci soit à même de comprendre ce qui se passe. L'abus n'est pas déterminé en fonction des parties génitales exposées mais de ce que l'enfant ressent dans son corps, son esprit, ses sentiments. Certaines formes d'abus ne laissent pas de cicatrices visibles et la fréquence ou la durée ne joue aucun rôle»

«Un abus sexuel est défini comme l'implication d'enfants et d'adolescents dépendants, immatures quant à leur développement, dans des activités sexuelles qu'ils ne comprennent pas véritablement, pour lesquelles ils sont incapables de donner un consentement informé, ou qui violent les tabous sociaux sur les rôles familiaux»

Kempe et Kempe (1984)

Depuis que je travaille en psychiatrie j'ai été amenée, pour des raisons personnelles et par mes rencontres à m'intéresser aux personnes ayant subis des abus sexuels. J'ai commencé par des lectures puis me suis inscrite à des séminaires sur ce thème. Depuis que je travaille à la STP j'ai pu suivre une formation, donnée par **Carole Gachet**, créatrice de *Faire le Pas*⁶ et **Catherine Briod de Moncuit**, qui a travaillé 4 ans dans cette fondation, toutes deux sont psychologues. Cette formation est actuellement reprise par *l'Imper*. Depuis ces deux dernières années, j'ai aussi pris des contacts avec *Lavi* et *Faire le Pas*, j'ai essayé de créer ainsi des liens et de comprendre le fonctionnement de ces instances extérieures.

Ce qui m'est apparu, spécialement à *Faire le Pas*, c'est que les personnes qui peuvent profiter des groupes de travail sont des personnes qui ne rentrent pas dans un parcours psychiatrique et qui très souvent ont un réseau psycho-social et socio-professionnel solide. Ce sont des personnes qui ont un état limite supérieur ou sont névrotico/normal.

L'association s'est progressivement rendue compte de la nécessité d'un réseau fiable et solide parce que si, dans le passé, des cas psychiatriques ont été accueillis dans les groupes il a été constaté que ceux-ci déstabilisaient le groupe dans la mesure où les réseaux d'encadrement n'étaient pas assez fiables. De même lorsque la personne était introduite par une assistante sociale ou autre intervenant de l'hôpital, sa motivation s'avérait insuffisante.

Faire le Pas est une association qui a des moyens limités et ne peut pas se substituer à une prise en charge psychothérapeutique donc prendre en charge des troubles trop importants. Les victimes d'abus ne peuvent entrer dans un groupe si elles n'ont pas fait un travail **préliminaire sur leur traumatisme** qui soit suffisant pour qu'elles puissent commencer à faire jouer leurs ressources.

Là aussi il est recommandé fortement un suivi individuel chez un psychiatre formé à la prise en charge de traumatismes sexuels. Ce qui à l'heure actuelle, d'après l'association est rare.

⁶ Faire le pas, Parler d'abus sexuel, rue du Petit-Chêne 38, Lausanne, tel : 329 19 19.

La *Lavi* n'est pas une association mais un lieu de mise en application de la loi d'aide aux victimes d'infraction.

Famille solidaire concerne les familles, les victimes (enfants et adolescents) et les abuseurs.

Ces constatations m'ont amenée à me poser des questions sur le rôle que pourrait avoir l'hôpital.

Lorsqu'une personne parle d'abus sexuel, il y a deux lectures :

La première est de lire les troubles du comportement, la psychose et elle oriente vers une prise en charge par rapport à la vision que l'on a de ces troubles, l'abus sexuel vient alors en plus, c'est un épiphénomène par rapport à la structure de personnalité.

C'est une grille de lecture logique, légitime, respectable et c'est celle que l'on rencontre la plupart du temps dans les hôpitaux où l'on travaille avec ces outils.

La deuxième lecture est que le traumatisme engendre les troubles et les troubles sont des symptômes du traumatisme. Elle amène la nécessité de prendre en charge le traumatisme pour faire diminuer les troubles. Cette 2ème grille de lecture est tout aussi logique, légitime, et respectable. C'est la grille que peuvent choisir les praticiens du syndrome du stress post-traumatique (PTSD).

Entre ces deux positions qui sont apparemment inconciliables ou qui ramènent au problème de la poule et de l'oeuf on peut peut-être, ne pas trancher et décider que dans une prise en charge, à partir du moment où notre patient nous parle d'un traumatisme on peut prendre en compte les deux axes et travailler tant sur la structure de personnalité du patient que sur la réalité du traumatisme.

Si c'est ce choix qui se fait, alors il faut réaliser que parfois, cette double prise en charge implique des réactions chez les intervenants.

Quand un patient parle d'abus sexuel, on voit émerger au sein de l'équipe soignante différentes réactions :



Victime :	Intervenant :
- Mécanismes de survie (Dissociation Sentiment d'irréalité Dépersonnalisation)	- Mécanismes de défense Doute Clivage Projection
- Impuissance liée au traumatisme - Amnésie, analgésie	Toute puissance/banalisation/déni

Le doute lié au traumatisme même. La victime doute elle-même à cause des mécanismes de survie qui se mettent en place pour résister au trauma. soit :

- dissociation
- sentiment d'irréalité
- sentiment de dépersonnalisation

L'intervenant va être confronté à ces trois sentiments face à la victime.

La banalisation - le déni

"c'est pas grave - il faut oublier - c'est du passé" banalisation

"de toute façon cette femme ou cet homme est mythomane" déni

Attitude qui abandonne la personne encore une fois.

Ces réactions (banalisation, déni,) sont des mécanismes de défense de l'intervenant devant l'horreur générée par le traumatisme et l'impuissance engendrée par celui-ci.

La toute puissance est alors le sentiment du soignant d'être le sauveur, le seul qui a compris et qui vient en réponse symétrique au sentiment d'impuissance du patient.

Le clivage, la projection

Sont liés au sentiment de dissociation.

Projection de notre noyau sain sur le système familial. "ce n'est pas un si mauvais père que cela, etc.". Etat de confusion, flou interne.

Ces réactions peuvent amener un malaise, une instabilité, une confusion et souvent des clivages voire des conflits.

Ce qui se passe, c'est que le patient nous donne à vivre quelque chose qu'il a lui-même vécu et qu'il n'a pas les moyens d'appréhender.

L'équipe est contaminée non par le patient mais par le système abusif dans lequel a vécu ce dernier. **Il nous donne à sentir son histoire.** A partir du moment où nous , intervenants, prenons conscience de cette contamination et de nos mécanismes de défense, nous pourrions travailler avec le patient et l'aider à restaurer son intégrité, en travaillant sur la relation réelle que nous avons avec lui et sur le contre-transfert.

Quand est-ce possible d'aborder avec le patient ce traumatisme ?

Lorsqu'il en parle consciemment à un moment parce que les souvenirs remontent où sont présents.

- A ce moment il est important de le prendre en compte, de garder cela à l'esprit à chaque entretien.

S'il en parle et revient sur le sujet c'est que quelque chose a besoin d'être entendu. C'est le bon moment pour entreprendre une thérapie et nous n'avons pas à statuer s'il en a les moyens ou pas.

L'idéal de prise en charge est :

- Une thérapie chez un psychiatre privé, psychologue et psychothérapeute formé à ces prises en charge.

- Ou dans le cadre de l'hôpital par une prise en charge qui servira de tremplin, de débroussaillage à un suivi psychothérapeutique plus approfondi à l'extérieur.

Prise en charge où il peut être **entendu, cru et protégé.**

Il est conseillé d'avoir un réseau de soutien pendant la prise en charge qui peut être

- téléphone 24h sur 24h dans l'équipe
- tél. anonyme comme *la main tendue*
- amis proches, à l'exclusion de la famille si l'abus est intra-familial.



Trois cas de figure :

A) Une personne arrive avec un traumatisme. On lui offre un soutien ambulatoire ou ponctuel avec une indication psychothérapeutique à l'extérieur.

Ce n'est pas la majorité des cas.

B) Une personne arrive et chaque fois elle parle de l'abus sexuel.

1) Offrir un soutien ambulatoire

2) Ouvrir un espace individuel de parole à l'hôpital où elle peut venir, à convenances tant de fois par semaine, sur un temps donné parler de son abus. L'entretien sera centré sur l'abus, la personne saura qu'elle vient là à cause de ce traumatisme. Utiliser cet espace pour la préparer à une thérapie extérieure.

Dans une situation comme celle-ci, l'hôpital **très contenant** a les capacités de faire face aux réactions émotionnelles fortes que la personne peut avoir lorsqu'elle commence à parler de l'abus.

De ce point de vue, l'hôpital est un espace **contenant, sécurisant, rassurant et qui peut répondre à la crise.**

Le but est de permettre à la personne de décharger la crise dans un espace sécurisé ce qui peut favoriser une prise de conscience de ses ressources et si elle le désire d'aller travailler plus en profondeur cette blessure, à l'extérieur, dans un processus d'autonomisation.

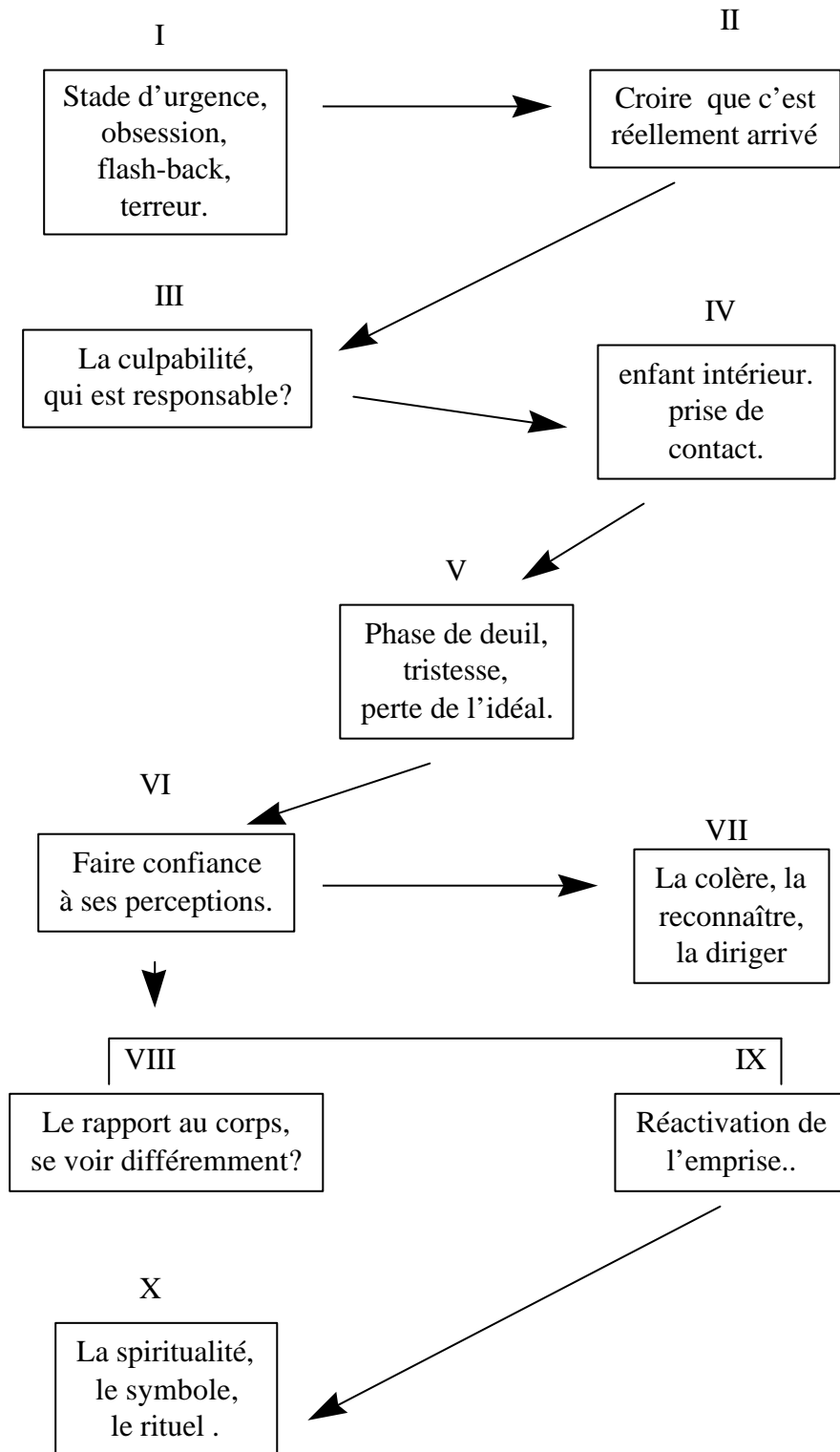
C) lorsque le patient présente des **symptômes cliniques** qui amènent l'équipe à avoir des **suspensions** et des **interrogations** qui vont dans le sens d'un abus sexuel alors que la personne n'en parle pas, ni ne s'en souvient.

Dans ces situations il est important que l'hypothèse de l'abus sexuel puisse être posée et de travailler comme si l'abus était réel.

Garder à l'esprit chaque fois que je suis en face de cette personne qu'elle a été abusée, je ne vais pas lui en parler, je garde à l'esprit pour qu'au niveau de l'inconscient cela travaille et que la personne à un moment donné puisse en



Annexe 1



parler et évite une cristallisation de la structure de sa personnalité.

Dans une prise en charge où l'on tient compte du traumatisme, on peut s'attendre à rencontrer différentes étapes que je vais vous présenter à travers un tableau. Ce tableau est issu de *Faire le Pas*, créé par C. Gachet. (voir annexe 1).

Il s'agit d'un processus non linéaire dont la différenciation des stades peut se développer dans une temporalité spécifique selon chaque patient.

Stade I : Rassurer : je suis là

Restituer le temps : nous sommes en 2000 pas en 1987, par ex.

Lui dire que cela s'arrête.

Stade II : La victime a besoin que l'on croie à sa place, que cela lui est réellement arrivé. Son amnésie est liée au mécanisme de survie.

Stade III : Remettre chacun à sa place, situer les responsabilités à qui de droit. La victime ne va pas toujours être prenante dans cette démarche de clarification.

Stade IV : Rappeler qu'elle n'a jamais ou peu été un enfant sujet, reconnu comme tel avec ses sentiments d'enfant, avec son histoire, mais plutôt un enfant objet, utilisé pour satisfaire les besoins de l'adulte.

Stade V : Accompagner la victime dans les émotions qui naissent devant le deuil à faire de ses idéaux parentaux.

Stade VI : Autoriser la victime à réintégrer son corps, muselé par l'analgésie qui fait partie des mécanismes de survie. Parfois reprise du goût de certains aliments, reconnexion sensorielle, quelquefois de base, sensation de froid de chaud, faim, odeur...

Stade VII : Laisser s'exprimer sa première colère contre elle-même, contre l'enfant qu'elle était et qui s'est laissé faire. Petit à petit replacer cette colère contre l'auteur des faits. Lorsque la colère n'est pas exprimée, elle est

remplacée par de actes manqués, des automutilations.

Stade VIII : Comment elle se voit, comment elle ne se voit pas ? Comment elle s'occupe d'elle-même ? Comment elle utilise le miroir, pas de miroir ou un miroir contrôlé ?

Stade IX : Mettre en évidence le système d'emprise : injonction très forte donnée par la famille de ne pas s'en sortir, qui provoque une situation limite, entre la folie et la mort, au moment même où la personne peut réellement s'en sortir.

Stade X : Faire prendre conscience, voir où elle en est par rapport au lien avec ce qui est en dessus : Dieu, Nature, humanité. Facilité si un lien est préexistant avec quelque chose de spirituel.

En Conclusion :

A travers toutes mes rencontres et mes discussions extérieures, j'ai pu constater que maintenant, par rapport aux enfants il y a plusieurs possibilités de prise en charge du traumatisme, avec un gros travail fait par le canton de Vaud, entre autre.

Par contre, en ce qui concerne la prise en charge des "anciennes" victimes, celles qui sont passées entre les gouttes d'une prise en charge de crise, en dehors de la *Lavi* et *Faire le Pas*, il n'existe rien de spécifique et ma question est : Comment l'hôpital psychiatrique ou certaines structures de celui-ci pourrait pallier à ce manque ?

Bibliographie

- HALPERIN D.S., BOUVIER P. , REY-WICKY H.
(sous la direction de)
A contre-cœur à contre-corps - Regards pluriel sur les abus sexuels d'enfants, Genève : Ed. Médecine et Hygiène, 1997
- PERRONE R., NANNINI M.
Violence et abus sexuels dans la famille, Paris : Ed. ESF, 1995
- VILA G., PORCHE L.-M., MOUREN-SIMEONI M.-C.
L'enfant victime d'agression, état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent, Paris : Ed. Masson, 1999



VAN GIJSEGHEM H.

L'enfant mis à nu - L'allégation d'abus sexuels: la recherche de la vérité, Montréal : Ed. du Méridien, 1992

HERITIER F., CYRULNIK B., NAOURI A., JACOB O.

De l'inceste, Paris : Ed. O. Jacob, 1994

MILLER A.

L'enfant sous terreur, l'ignorance de l'adulte et son prix, Paris : Ed. Presses Universitaires de France, 1983

FERENCZI S.

Confusion de langue entre l'adulte et l'enfant, Article - Psychanalyse IV, oeuvres complètes, 1927-1933, Ed. Payot