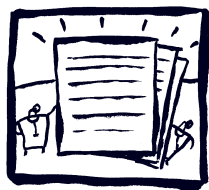


Prise en charge des enfants victimes d'inceste

LE DOSSIER



Il aura fallu une belle dose d'inconscience et d'entêtement pour installer dans les murs du 17, boulevard de la République à Agen, le centre d'hébergement et de prise en charge de jeunes filles victimes d'agressions sexuelles incestueuses, dénommé la « MaJB » (Maison d'accueil Jean-Bru). L'idée d'apporter une réponse spécifique à une maltraitance aussi particulière que le viol incestueux m'avait été soufflée par une amie, avocate de cour d'assises : Maître Monique Smadja.

A l'époque de la création du centre, en 1996, huit ans avant la révélation de l'affaire d'Outreau, ce fait de société était totalement tabou, il n'existait pas de modèle satisfaisant pour répondre à cette problématique.

En quinze ans, d'échecs en succès, la MaJB a acquis une expérience qui lui permet de servir de référence. Elle intervient en aval du dévoilement et de la judiciarisation ; toutes les jeunes filles accueillies sont placées sous l'autorité judiciaire et font l'objet d'une prise en charge psychoéducative sur le long terme.

Le but ultime est de replacer l'enfant dans sa parentalité, en remettant à leur place les rôles générationnels et sexuels au sein de la famille, et de donner à l'enfant la possibilité de devenir un jour lui-même « parent ». C'est pour cette tâche énorme mais essentielle à la restructuration psychique des jeunes filles, que psychiatres, psychologues, éducateurs et personnels de la maison s'engagent chaque jour.

En se dotant d'un conseil d'orientation scientifique et technique, l'Association Docteurs Bru s'est également donné pour mission d'associer les pratiques éducatives développées à la Maison d'accueil Jean-Bru à un travail de réflexion et de recherche concernant l'inceste, et ce afin de toujours améliorer l'aide apportée aux jeunes filles.

Ce dossier de *Médecine et Enfance* est l'expression de cette réflexion.

Dr Nicole Bru
Présidente de l'Association Docteurs Bru

Sommaire du dossier :

- La prise en charge socio-éducative des jeunes filles victimes d'inceste : la Maison d'accueil Jean-Bru, un établissement spécialisé, par M. Louvet et J. Argelès
- Prise en charge des fratries confrontées à l'inceste, par H. Romano
- La protection de l'enfant victime d'inceste par la révélation des faits, par A. Gouttenoire
- La répression de l'inceste sur mineur, par A. Gouttenoire
- Spécificités du traumatisme psychique de l'inceste chez l'enfant et de sa prise en charge, par P. Ayoun
- Une clinique des pères incestueux, par L. Massardier
- Et l'inceste maternel ? par L. Massardier

La prise en charge socio-éducative des jeunes filles victimes d'inceste : la Maison d'accueil Jean-Bru, un établissement spécialisé

M. Louvet, directeur de la Maison d'accueil Jean-Bru

J. Argelès, directeur général et coordonnateur du conseil d'orientation scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru

La question des agressions sexuelles sur enfants, largement reprise dans les médias, est devenue majeure dans notre société. Les services publics et les associations professionnelles de protection de l'enfance sont très sollicités par ce problème depuis la fin des années 80.

Dans le cadre d'une recherche d'amélioration de l'aide proposée aux enfants victimes d'inceste ou de violences sexuelles intrafamiliales s'est posée la question de la spécificité du traumatisme et d'un accompagnement éducatif adapté. C'est dans ce mouvement qu'en 1996, à l'initiative du Dr Nicole Bru, est créée la Maison d'accueil Jean-Bru (MaJB), dont l'objectif est de venir en aide aux jeunes filles victimes d'inceste. Cet établissement spécialisé et unique repose sur un projet expérimental ambitieux qui propose de regrouper et de faire vivre ensemble des jeunes filles ayant vécu les mêmes agressions sexuelles.

Ce choix, ce pari fait par le Dr Nicole Bru était, à l'époque, en rupture avec les orientations préconisées par les autorités de la protection de l'enfance, peu favorables à la spécialisation de foyers rassemblant dans un même lieu des jeunes présentant un même profil ou un diagnostic commun.

Le conseil scientifique de l'association, sous l'impulsion du Dr Ginette Raimbault, psychiatre, psychanalyste, directeur de recherche à l'Inserm, a clairement défini l'établissement comme un foyer éducatif et thérapeutique, mais aussi comme un lieu de réflexion et de recherche permanent sur le traitement psychosocial de cette maltraitance par-

ticulière. Au fil des ans, ce projet a évolué à partir de l'expérience et des enseignements donnés par les jeunes filles elles-mêmes. Aujourd'hui, la MaJB est une maison d'enfants à caractère social (MECS) qui garde son ambition expérimentale et de recherche. Elle accueille 25 jeunes filles de dix à vingt et un ans, victimes d'inceste ou de violences sexuelles commises par un proche et pour qui un éloignement familial temporaire a été décidé par l'autorité judiciaire. L'établissement est habilité par le ministère de la Justice (Protection judiciaire de la jeunesse) et les services du Conseil général du Lot-et-Garonne (Aide sociale à l'enfance).

La MaJB reçoit des mineures et des jeunes majeures au titre des articles 375 à 375-8 du Code civil et du décret 75-96 du 18 février 1975. Ces jeunes filles sont confiées à la MaJB par décision judiciaire ou par l'Aide sociale à l'enfance, après décision judiciaire ou en accueil provisoire. La zone géographique de recrutement est habituellement régionale, mais, étant donné la problématique traitée et les nécessités d'éloignement, toutes les demandes sont étudiées, en tenant compte des possibilités de relation avec la famille.

L'établissement est situé au centre de la ville d'Agen dans une grande maison bourgeoise. Dans une maison attenante, un service d'accès à l'autonomie permet la prise en charge des jeunes filles proches de la majorité.

Les jeunes majeures sont logées en appartement, en ville ou au foyer des jeunes travailleurs d'Agen.

LES FONDEMENTS DE L'ACTION ÉDUCATIVE

Sous l'autorité de son directeur, la MaJB est animée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels : médecins, éducateurs spécialisés, moniteurs-éducateurs, assistante sociale, services généraux...

Chaque jeune fille est reconnue en tant que sujet inscrit dans une histoire dont elle est actrice et dont la singularité de ses dires est prise en compte.

La référence à la clinique psychologique et à la psychanalyse demeure une clef de compréhension majeure et importante dans un travail relationnel articulé autour de la parole. Il s'agit de permettre aux jeunes filles, au cours de la vie quotidienne dans la MaJB, le repérage des phénomènes relationnels qu'elles mettent en œuvre, d'en favoriser leur compréhension et de ce fait leur prise de conscience.

L'objectif est que cette prise de conscience amène les jeunes filles, en référence aux options associatives :

- à se libérer du traumatisme et de l'aliénation de l'identité de victime ;
- à mettre un terme à la confusion dans les processus d'identification générés par l'inceste et la violence sexuelle ;
- à mettre un terme à la confusion généalogique père, mère, enfant ;
- à préparer leur vie de femme.

LES SUPPORTS PRINCIPAUX DE L'ACTION

L'action éducative repose sur quatre points principaux :

- répondre aux besoins de protection par l'éloignement du milieu familial lorsque cela est nécessaire et ordonné par l'autorité judiciaire ;
- faire vivre ensemble des jeunes filles toutes concernées par une problématique d'inceste ou de violences sexuelles, afin de favoriser un sentiment d'appartenance à un groupe humain, sentiment altéré par le vécu incestueux ;
- avoir pour support de travail la parole

L'ASSOCIATION DOCTEURS BRU

C'est à l'initiative du Dr Nicole Bru, alors propriétaire et dirigeante des laboratoires pharmaceutiques Upsa, qu'a vu le jour l'Association Docteurs Bru.

En 1996, cette association a créé à Agen le seul établissement spécialisé dans la prise en charge des jeunes filles victimes d'inceste ou de violences sexuelles intrafamiliales. Au cours des années, ce lieu d'accueil a su faire évoluer son projet d'établissement à partir de l'expérience acquise et proposer de nouvelles réponses psycho-éducatives sans cesse réajustées. Cet établissement garde ainsi l'esprit de recherche qui a inauguré son ouverture. Forte de ses acquis et sous l'impulsion de son conseil d'orientation scientifique et technique composé de médecins psychiatres, pédiatres, psychologues cliniciens, juristes et professionnels de l'enfance, l'Association Docteurs Bru articule son expérience clinique avec les différents travaux de recherche qu'elle mène seule ou en partenariat. Elle organise également des colloques et des formations professionnelles, et fonctionne comme centre ressource auprès des intervenants concernés par cette maltraitance particulière.

MaJB : 17, boulevard de la République, 47000 Agen.
Association Docteurs Bru : 46, rue Boissière, 75116 Paris,
tél. : 01 44 34 81 02, site : www.associationdocteursbru.com.

délivrée par la jeune fille dans sa vie au quotidien, et ce dans un cadre structurant et protecteur ;

□ *promouvoir la solidarité* entre jeunes filles au sein de la maison référence.

Ces points se déclinent ensuite conformément au projet d'établissement en axes de travail et modalités d'intervention.

LA PRISE EN CHARGE ÉDUCATIVE, SCOLAIRE, SOCIALE ET MÉDICALE

L'adhésion de la jeune fille au projet éducatif proposé est déterminante et indispensable pour mener à bien l'accompagnement, car la vie en collectivité peut être difficile pour certaines jeunes filles, qui ont déjà vécu l'exclusion du milieu familial ou le renvoi de précédents établissements.

Il s'agit là du premier paradoxe à relever : rassembler des jeunes filles sur le

critère de l'agression sexuelle subie pour les aider à se désaliéner de ce statut de victime. Cela passe par la reconnaissance initiale du traumatisme subi, pour qu'avec le temps et l'écoute de leur parole, les jeunes filles ne se considèrent plus uniquement comme des victimes mais comme des sujets responsables de leur devenir.

L'expérience montre que la spécificité du travail de l'équipe éducative, centré sur l'écoute, l'analyse de la parole et des comportements destructeurs, permet aux jeunes filles de dépasser la répétition de conduites souvent mortifères. Cela pose le cadre et les limites de l'action et des indications à l'admission.

La MaJB propose avant tout un accompagnement éducatif dans un environnement thérapeutique ; elle n'est pas une structure médicalisée. De ce fait, les jeunes filles présentant des pathologies mentales ou des déficiences intellectuelles ne permettant pas d'envisager leur adhésion au projet de l'établissement ne peuvent y être admises.

La « vie de tous les jours »

Il s'agit pour l'équipe éducative de répondre aux besoins élémentaires des jeunes filles (alimentation, hygiène, sommeil, sécurité et protection, reconnaissance et appartenance sociale, estime de soi, soutien, valorisation, nécessité d'un cadre, soins, etc.).

C'est au travers de tous les actes de la vie quotidienne, sorte de « quotidien-thérapie » que se fonde l'action de l'établissement. En effet, tous les actes anodins de la vie quotidienne sont d'une grande importance pour ces jeunes filles dont le vécu d'agressions sexuelles a profondément altéré les repères. Il est important que des règles précises et claires soient établies et participent au cadre structurant dont elles ont besoin. La scolarité ou la formation professionnelle est obligatoire. Les jeunes filles sont toutes inscrites dans les différents établissements scolaires ou d'apprentissage publics ou privés d'Agen et de ses alentours. Une éducatrice scolaire assure l'aide aux devoirs au sein de l'établissement chaque soir et le mercredi.

De même, les activités socioculturelles sont pensées comme moyen de socialisation et outil de médiation relationnelle permettant de travailler la revalorisation et l'estime de soi. Elles sont aussi l'occasion d'élargir et d'enrichir les connaissances culturelles des jeunes filles. Elles sont réalisées à l'intérieur ou dans des associations choisies par les jeunes filles.

Les sorties individuelles sont accordées sur demande des jeunes filles. Elles leur permettent de s'autonomiser dans la vie courante et de se créer un réseau social. Ces sorties libres posent également le problème de la sexualité. Leur vécu d'agressions sexuelles a souvent affecté leur relation à elle-même et à l'autre, à travers une représentation de la sexualité qui peut être déviante, dissociée des sentiments amoureux. L'équipe éducative assume alors son rôle de protection et de prévention en accompagnant la jeune fille dans ce cheminement vers plus de discernement et de respect d'elle-même.

En ce qui concerne le suivi médical, les jeunes filles, après deux mois d'observation, passent à la CPAM un bilan de santé qui permet de lister les besoins (orthodontie, orthophonie, gynécologie...). Les suivis médicaux se font à l'extérieur, avec ou sans accompagnement du personnel encadrant, qui est le garant de la prise du traitement suivant les prescriptions médicales.

Les contacts avec la famille (rencontre, visite ou téléphone) peuvent être autorisés, médiatisés ou interdits, selon l'ordonnance du juge. Après s'être assurés de la légalité des visites ou des appels, les éducateurs tentent de favoriser la compréhension des enjeux familiaux en cours, pour permettre à la jeune fille de se positionner plus clairement et plus librement dans le système familial, et ce en lien avec le « service famille », qui est plus particulièrement en charge du travail avec la famille.

UN ENVIRONNEMENT THÉRAPEUTIQUE INSTITUTIONNEL

« Être victime d'inceste, est-ce un symptôme ou une maladie en soi qui

appellerait uniquement une réponse thérapeutique ? » interroge le Dr Ginette Raimbault.

La MaJB n'est pas un établissement de soins au sens administratif du terme. Cependant, et dans la suite logique de son histoire, l'accompagnement éducatif mené par les professionnels s'intègre dans un « environnement thérapeutique institutionnel » qui détermine la façon de prendre en charge les jeunes filles, notamment par :

□ la mise en place d'un cadre social et éducatif où les règles sont à respecter, les rapports éducatifs clairement explicités, la parole, l'échange et la négociation prioritaires ;

□ une disponibilité d'écoute qui permet à la jeune fille de s'exprimer et qui favorise ainsi l'émergence d'une parole singulière et authentique pour avancer dans la symbolisation du discours en lieu et place de la répétition des passages à l'acte ;

□ la permanence de l'élaboration en groupe de la question du traumatisme sexuel vécu par chaque jeune fille et de ses manifestations dans la vie quotidienne de la MaJB (actes ou paroles) ;

□ la réponse des professionnels qui ont à se confronter, à faire face, à contenir les manifestations parfois violentes des jeunes filles, qui dans ce lieu ne sont pas motifs d'exclusion, mais éléments d'analyse et de compréhension de leurs difficultés et de leurs blessures, qui ici ne déterminent pas une identité.

Ce souci thérapeutique se manifeste par :

□ *une clinique de la parole* et la prise en compte de la parole délivrée par les jeunes filles dans tous les actes de la vie quotidienne ou dans les relations avec les adultes ;

□ *un groupe de travail d'analyse des pratiques et de formation des professionnels* dans leur relation quotidienne assuré par un psychiatre psychanalyste. Ce travail hebdomadaire d'analyse des pratiques et des vécus permet aux professionnels d'aborder leurs propres conflits intrapsychiques et institutionnels dans leur vie personnelle et professionnelle, et garantit ainsi leur maintien de la

bonne distance dans leurs relations avec les jeunes filles.

Un espace de parole privé à l'extérieur de l'établissement

L'expérience au début de la création de la MaJB associait vie quotidienne, socialisation et thérapie dans un même lieu. Cette pratique s'est révélée source de confusion pour les jeunes filles. Après réflexion, il a été décidé que le lieu « pour vivre » devait être séparé du lieu « pour se soigner ». Le suivi psychothérapeutique est maintenant proposé en dehors de l'établissement, chez un thérapeute psychologue ou psychiatre du secteur public ou privé.

LA PRISE EN COMPTE DU CONTEXTE JUDICIAIRE

Les jeunes filles sont confiées à la MaJB suite à une décision judiciaire (juge des enfants) prononçant le retrait momentané du milieu familial. Cette décision trouve son fondement dans les articles 375 et suivants du Code civil. C'est une mesure de protection (procédure civile d'assistance éducative). Mais, dans la plupart des situations, les jeunes filles sont également concernées par la procédure pénale en cours visant la personne qu'elles ont désignée comme auteur de l'agression. Lors de cette procédure, le Code pénal prévoit des mesures de protection pour les mineurs (enregistrement vidéo, administrateur ad hoc, accompagnement lors des différents actes de procédure notamment), car l'enquête préliminaire ou l'instruction reposent très souvent sur la seule parole de la jeune fille. Tous les actes judiciaires vont alors se porter sur la vérification de cette parole, de cette révélation. Et dans ce cadre, la nécessité de l'établissement des faits et de la recherche de la vérité l'emporte souvent, malgré la volonté des acteurs, sur la protection de la jeune fille. Elle revêt ainsi, par la succession des récits lors des actes de procédure, des événements douloureux. Si nécessaire, la jeune fille sera accompagnée par un professionnel de la MaJB tout au long de cette procédure et lors des différents actes : police, gendarmerie, expertise médico-légale ou

psychologique, rencontre avec le juge d'instruction, l'avocat, l'administrateur ad hoc, et ce jusqu'à l'audience finale (classement sans suite, non-lieu, correctionnelle, cour d'assises). Ces actes seront ainsi mieux compris et leurs effets moins traumatisants.

LE SERVICE FAMILLE

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance renforce le droit de l'enfant d'entretenir des relations avec sa famille lorsque son intérêt impose qu'il soit confié à un établissement.

C'est le juge qui fixe les modalités de l'exercice du droit de visite et d'hébergement. Il peut, si l'intérêt de l'enfant l'exige, décider que l'exercice de ces droits ou de l'un d'eux soit provisoirement suspendu. Le juge peut également décider que le droit de visite du ou des parents ne peut être exercé qu'en présence d'un tiers (visite médiatisée). Sauf décision contraire, les parents restent titulaires de l'autorité parentale.

C'est le « service famille » qui rencontre la famille sur son lieu de vie, souvent éloigné. Cela permet d'apporter à l'équipe de la MaJB des éléments de compréhension de l'histoire des jeunes filles, car on ne saurait s'intéresser à l'inceste sans s'interroger sur le fonctionnement de chacun des membres de la famille.

A partir de ces éléments cliniques, il s'agit d'aider la jeune fille à se (re)situer à sa place d'enfant dans une famille qui a pu fonctionner dans la confusion des sexes et des générations ; il s'agit de lui donner des points de repère pour qu'elle se reconstruise elle-même, hors de cette confusion. Elle pourra ainsi se libérer d'une inscription généalogique subie et répétitive, et éviter les reproductions transgénérationnelles des maltraitances.

En lien avec les référents du département d'origine (ASE, AEMO) s'organisent les rencontres avec les familles : séjours de vacances, visites médiatisées, rencontres avec la fratrie, préparation au retour dans le respect du cadre judiciaire posé. L'action du service famille est toujours interactive avec le travail de l'internat.

Après leur départ de l'établissement, les

« anciennes » qui en font la demande peuvent revenir passer quelques jours au foyer. Ces retours leur permettent de bénéficier du soutien de l'équipe dans les moments difficiles de leur existence. Elles peuvent être reçues dans la structure elle-même ou à l'extérieur, en fonction des disponibilités.

Depuis sa création il y a maintenant quatorze ans, la MaJB n'a cessé de faire évoluer son projet technique, nourri de l'expé-

rience acquise avec les jeunes filles, et ce sans renoncer aux principes fondateurs. A partir d'une prise en charge en internat, c'est le besoin de chaque jeune fille qui est pris en compte en fonction de la réalité de son histoire et de la place du traumatisme dans cette histoire. La jeune fille est ainsi au cœur du dispositif éducatif et thérapeutique proposé par la MaJB, qui individualise sa réponse à partir « d'un projet pour la jeune fille ». □

traumatique » [7, 8], qui conduit à de multiples signes de souffrance.

LE LIEN FRATERNEL À L'ÉPREUVE DE L'INCESTE

L'inceste implique l'ensemble d'une famille. Pourtant peu d'attention est portée aux fratries, alors que frères et sœurs interrogent, chacun à leur niveau, le dysfonctionnement familial.

Cet oubli des frères et sœurs est d'autant plus dommageable que les suivis de fratries en contexte traumatique permettent de constater que les frères et sœurs ne se portent pas mieux que l'enfant victime, même s'ils n'ont pas été directement impliqués dans l'événement [9] ni abusés [10]. S'ils n'ont pas été agressés dans leur corps, ils ont été abusés psychologiquement par ce que représente l'inceste, à savoir le déni d'altérité, le viol de l'intimité et de l'intégrité, l'attaque des croyances et du sentiment fondamental de sécurité psychique, la transgression, le secret, les mensonges. La destructivité psychique peut être durable et venir hanter la vie d'adulte de chacun des enfants. Notre expérience clinique auprès de fratries nous amène à constater des conséquences variables selon les situations : implication d'un membre ou de l'ensemble du groupe fratrie, connaissance ou non des faits avant la révélation, âge des enfants, reconnaissance ou non des faits par le(s) mis en cause [7, 8].

Quand un seul enfant de la fratrie est victime d'abus, les conséquences sur le lien fraternel ressemblent à celles constatées chez les fratries d'un enfant porteur de handicap, de maladie grave ou victime d'événements traumatiques de nature non intentionnelle, dont tout le quotidien se trouve violemment bouleversé [8, 9, 11] : pleurs, angoisse, tristesse, rejet, colère, agressivité, jalousie, conduite autoagressive, sentiment d'incompréhension, culpabilité de n'avoir pas pu empêcher les actes commis ou de n'avoir pas pu intervenir, pas vu, etc. Ces troubles sont souvent peu repérés, ou sinon banalisés, car bien souvent la préoccupation est centrée sur l'enfant victime.

Prise en charge des fratries confrontées à l'inceste

H. Romano, psychologue clinicienne, docteur en psychopathologie clinique, psychothérapeute ; membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru ; consultation spécialisée de psycho-traumatisme ; chercheur associée au laboratoire Inserm U669 Pr M.R. Moro, CHU Henri-Mondor, Samu 94, Créteil

Cet article propose de présenter les conséquences sur les frères et sœurs des situations incestueuses et l'impact de ces agressions sur le lien fraternel. La fratrie peut être en souffrance mais aussi une véritable ressource pour permettre aux enfants de continuer à vivre. Nous limiterons notre discussion aux situations où l'auteur est l'un des parents et aux cas où l'abus n'est pas commis par un des membres de la fratrie, les processus alors en jeu nécessitant une analyse spécifique [1-4].

LE LIEN FRATERNEL

Le dictionnaire Larousse définit la fratrie comme « l'ensemble des frères et sœurs d'une même famille ». Si l'on envisage la fratrie au niveau psychique, la relation fraternelle est à envisager comme un véritable espace relationnel. C'est-à-dire qu'au sein des fratries, la vie de chacun se constitue avec ses enjeux de rivalité et de jalousie, ses alliances, sa vie fantasmatique et imaginaire. La fratrie peut ainsi être entendue comme un processus fondamental de l'organisation psychique, instaurant entre chacun de ses membres un espace intersubjectif [5]. Le lien fraternel représente ce qui est intériorisé entre frères et sœurs

et ce qui a pu s'élaborer psychiquement au fur et à mesure de l'histoire de chacun. Au sein du lien fraternel, un accord inconscient lie les membres de la fratrie pour ne jamais parler, évoquer ou ressentir certains événements. Ce « pacte dénégatif » [6] n'est jamais formulé explicitement. Il se traduit par des opérations de refoulement, de dénégation, ou de déni, de désaveu, de rejet, ou d'enkystement. Ces opérations permettent de maintenir une cohésion entre les enfants, qui risquerait d'être mise à mal si certaines choses, certaines informations maintenues hors conscience venaient à être révélées. Lorsqu'un événement traumatique vient faire irruption dans la vie d'une famille, l'équilibre fraternel est violemment bouleversé et le lien fraternel réinterrogé. Un deuil, une maladie, un grave accident, la maltraitance intrafamiliale peuvent ainsi durablement affecter le lien fraternel. Cette déliaison post-traumatique nécessite alors un remaniement de l'espace psychique de chacun des membres de la fratrie, comme de celui constitutif du lien fraternel, ce qui ne se fait pas sans difficulté. Le pacte dénégatif n'est plus opérant, et les fratries s'organisent autour de ce que nous avons appelé le « pacte

La transgression de l'interdit fondamental qu'est l'inceste est source de déstructuration majeure au sein des familles. Et il est ici important de rappeler que la problématique œdipienne des enfants n'est pas sans lien avec leur ressenti. Lorsque le secret est levé, les frères et sœurs non concernés par l'abus sexuel peuvent être submergés par ce que peut signifier l'inceste, à savoir la mise en acte, dans la réalité, de fantasmes œdipiens. Selon l'âge de chacun, la différence d'âge et le genre (garçon, fille), les remaniements du complexe œdipien solliciteront avec plus ou moins d'intensité le complexe fraternel. La mise en acte du fantasme œdipien par l'un d'eux peut entraîner une profonde culpabilité, à l'origine de conduites autoagressives et d'attitudes violentes contre lui-même et/ou contre les autres. Cette violence est souvent majorée par la croyance des enfants et adolescents (abusés et non abusés) en une inévitabilité intergénérationnelle qui conduirait à prendre la place d'auteur au sein des familles incestueuses ; mais elle n'est pas facilement exprimée par ces enfants, qui tentent de maintenir ces pensées intrusives à distance par crainte qu'elles ne se réalisent.

Les auditions et les mesures judiciaires peuvent amener la fratrie à être sans cesse interrogée sur sa place au moment des faits, sur ce qu'elle a vu, entendu, sur ce qu'elle savait ou non, sur ce qu'elle aurait dû dénoncer. Ces multiples interrogations renforcent la culpabilité et les sentiments ambivalents à l'égard de l'enfant abusé, comme vis-à-vis de l'auteur et du parent non mis en cause ; cohabitent alors chagrin et colère, haine et amour, inquiétude et jalousie, rumination constante et oubli des faits, etc. Lorsque le parent mis en cause ne reconnaît pas l'inceste, la fratrie non abusée peut mettre en doute la parole de l'enfant victime et le stigmatiser comme responsable de tout ce qui arrive. Cette négation par l'auteur place la fratrie dans une confusion qui peut venir renforcer la déliaison fraternelle, ce dont témoignent les réactions de colère, d'agressivité et de rejet qui s'expriment alors. La dépendance affective des enfants à

l'égard des parents et les dysfonctionnements parentaux à l'œuvre dans de tels contextes expliquent que le lien fraternel soit bien souvent sacrifié au profit du lien parental : face au doute quant à la réalité des faits, la fratrie s'identifie plus facilement à l'auteur qu'au frère ou sœur victime. La reconnaissance des faits par l'auteur ne signifie pas pour autant l'acceptation de cette information par la fratrie, qui peut, là aussi, réagir par le déni pour se protéger de cette réalité impensable. L'agressivité qui ne peut pas s'agir contre l'auteur se retourne alors souvent contre l'enfant lui-même (conduites dangereuses, automutilation, tentative de suicide) ou contre la victime.

Quand tous les membres de la fratrie ont été abusés, les enjeux sont rendus particulièrement complexes : les enfants ont souvent été placés dans un contexte d'emprise qui les a détruits psychologiquement (et ce d'autant plus que les abus ont duré) ; ils peuvent présenter des troubles post-traumatiques importants (souvent peu repérés), en particulier des reviviscences, des attitudes d'évitement, d'hypervigilance et de contrôle. La révélation peut être spontanée avec une dimension protectrice, par exemple quand un enfant dénonce l'auteur pour protéger les plus jeunes ; elle peut aussi s'inscrire dans un contexte de vengeance à l'égard d'un des enfants, par exemple lorsque l'un d'eux « découvre » que d'autres « font aussi ça » avec leur père ; elle peut enfin témoigner d'une volonté de se dégager de l'emprise de l'auteur et de faire « que ça s'arrête ». Ces différents niveaux permettent de comprendre que les répercussions sur le lien fraternel ne seront pas les mêmes à l'issue de la révélation. Ainsi il peut y avoir une véritable adhésion psychique, qui ne permet plus à l'un d'exister sans l'autre. Chacun se protège alors mutuellement, et cette omnipotence relationnelle peut être renforcée lorsque le parent non mis en cause est défaillant dans sa capacité à rassurer les enfants. A l'extrême, le risque est celui de passage à l'acte incestueux au sein même de la fratrie. La révélation de l'inceste a bouleversé l'équilibre familial et

laissé des places vides : celle du parent auteur, exclu pour une durée toujours incertaine de la vie familiale ; celle du parent non mis en cause, généralement dans l'incapacité d'être dans une attitude protectrice à l'égard des enfants et qui réagit souvent par une passivité mortifère. Ces places abandonnées insécurisent la fratrie, qui peut tenter de trouver un nouvel équilibre en se réappropriant l'une ou l'autre place. A un autre niveau, une violence extrême peut se manifester alors que précédemment les liens n'étaient pas marqués par des relations de ce type. Cette agressivité peut se comprendre par le fait que les membres de la fratrie peuvent être envahis par la terreur de subir, de ce frère ou de cette sœur, les violences incestueuses ; simultanément, les enfants victimes sont submergés par la terreur de faire à l'autre ce qu'ils ont subi. Le lien fraternel représente un risque permanent de passer à l'acte ; pour tenter de maintenir à distance le frère ou la sœur, tout en se protégeant eux-mêmes de tout risque de passage à l'acte, les enfants peuvent mettre en place des attitudes de rejet et d'une rare violence.

LE LIEN FRATERNEL

COMME RESSOURCE POUR SUBJECTIVER L'INCESTE

Prendre soin des frères et sœurs dans un contexte d'inceste suppose de comprendre la manière dont chacun d'eux est affecté par cette situation (ses difficultés, comme ses ressources), tout en portant attention aux conséquences sur le lien fraternel. Dans l'urgence qui suit une révélation d'inceste, toute l'attention est portée sur l'enfant ou les enfants victimes. Le plus souvent, la fratrie est « oubliée » [12], et ce d'autant plus qu'elle n'a pas été abusée. Ce secret autour de la fratrie participe à la dynamique incestueuse, car elle maintient le silence et le tabou autour des enfants. L'absence de prise en charge des fratries non abusées est aussi souvent justifiée par la crainte de les « traumatiser davantage » ou par l'âge des enfants, jugés « trop petits ».

Au-delà du tabou de l'inceste, « c'est la parole sur l'acte » [13] qui devient interdite. Si les enfants n'ont pas, selon leur âge, les mêmes ressources pour comprendre ce qui est en train de se passer, ils sont tous impliqués dans cette situation et ne sont pas préservés des conséquences. Si aucune explication claire ne lui est donnée, la fratrie se reconstitue une histoire à partir de bribes entendues. L'arrêt des abus dans les actes ne signifie pas l'arrêt de leurs conséquences dans le psychisme, en particulier de celles liées aux secrets et au processus d'emprise. La fratrie élabore des théories, pour donner sens à ce qui est en train d'arriver, à partir des représentations souvent angoissantes de ce qu'elle vit. Les enfants peuvent alors exprimer une « diabolisation » anxieuse à l'égard de tout ce qui peut concerner la sexualité [12], une véritable angoisse par rapport à leur intégrité corporelle, et une perte du sentiment de sécurité qu'ils avaient au préalable à l'égard de leurs parents et qui atteint tous les adultes.

L'enfant abusé, comme l'enfant maltraité, continue de subir psychiquement les conséquences des violences longtemps après leur arrêt dans la réalité, avec des conséquences multiples [14, 15]. Au niveau médical, la prise en charge par le médecin généraliste ou le pédiatre de fratries exposées à un contexte incestueux nécessite d'être vigilant aux maux du corps, à ces plaintes somatiques qui viennent souvent en place de mots impossibles, sans minimiser les conséquences lorsque frères et sœurs ne sont pas directement repérés comme ayant été victimes des abus. Le travail thérapeutique auprès des fratries nécessite de penser chaque enfant dans sa singularité, tout en reconnaissant au lien fraternel des ressources spécifiques susceptibles d'aider chacun des frères et sœurs à se dégager de l'impact traumatique de l'inceste. Un temps individuel à chacun des enfants est d'abord proposé, pour les autoriser à s'exprimer sans craindre de représailles, d'être jugé ou de blesser l'autre [16]. Dans un second temps, lorsque cela est possible, le travail avec la fratrie peut s'organiser. Il ne

s'agit pas d'une recherche de la vérité mais d'une dynamique commune qui permettra de sortir de la sidération psychique dans laquelle cette situation a placé les enfants et de décrypter les conflits à l'œuvre.

CONCLUSION

La fratrie blessée par l'inceste met en exergue les facteurs de vulnérabilité du lien fraternel, mais il nous semble important de l'envisager également comme un espace de ressources spécifiques [7, 17-19], comme facteur de créativité permettant aux enfants de survivre au traumatisme et de se dégager du pacte traumatique de l'inceste et de ses répercussions dans la dynamique familiale. □

Références

- [1] DE BECKER E., CHAPPELLE S. : « L'accompagnement systématique des familles abusives », *Thérapie familiale*, 2010 ; 31 : 65-78.
- [2] DE BECKER E. : « Transgressions sexuelles au sein de la fratrie : évaluation et traitement », *Psychothérapie*, 2005 ; 25 : 173-86.
- [3] HAESVOETS Y.H. : *L'enfant en question*, DeBoeck université, Bruxelles, 2000.
- [4] HAYEZ J.Y., DE BECKER E. : *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*, PUF, Paris, 1997.

- [5] KAËS R. : « Le complexe fraternel. Aspects de sa spécificité », *Topique*, 1993 ; 51 : 5-42.
- [6] KAËS R. : « Le pacte dénégatif dans les ensembles transsubjectifs », in MISSENAARD A. et al. : *Le négatif, figures et modalités*, Dunod, Paris, 1989 ; p. 101-36.
- [7] ROMANO H. : *La maltraitance et ses conséquences chez l'enfant. Descriptions cliniques, évaluation et prise en charge*, Fabert, Paris, 2009.
- [8] ROMANO H. : « Incidence du trauma sur le lien fraternel », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 2009 ; 57 : 293-302.
- [9] SCELLES R. et al. : *Fratries confrontées au traumatisme*, Publications des universités de Rouen et du Havre, 2009.
- [10] RAIMBAULT G., AYOUN P., MASSARDIER L. : *Questions d'inceste*, Odile Jacob, Paris, 2005.
- [11] PARRET C. : « Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle lorsque la victime est un enfant », *Conférence de consensus sur les abus sexuels*, Anaes, 2003.
- [12] ALI HAMED N., CHATELLE N., DE BECKER E. : « La fratrie oubliée dans les situations d'inceste », *Enfance & Psy*, 2008 ; 2 : 167-73.
- [13] SABOURIN P. : « Face à l'inceste, la thérapie familiale : pourquoi ? » in GABEL M. : *Les enfants victimes d'abus sexuel*, PUF, Paris, 1996 ; p. 213-25.
- [14] MUGNIER J.P. : *Les stratégies de l'indifférence*, ESF, Paris, 2002.
- [15] CIRILLO S., DI BLASIO P. : *La famille maltraitance*, Fabert, Paris, 2005.
- [16] ROMANO H. : « Prise en charge des enfants et des adolescents victimes d'événements traumatiques », *Stress et Trauma*, 2006, 6 : 239-46.
- [17] SCELLES R. : « La fratrie comme ressource », *Contraste*, 2003 ; 18 : 95-117.
- [18] SCELLES R. : « Le processus de résilience dans les familles », in MARTY F. et al. : *Figures et traitements du traumatisme*, Dunod, Paris, 2001 ; p. 173-95.
- [19] TILMANS-OTSTYN E., MEYNCKENS-FOUREZ M. : *Les ressources de la fratrie*, Erès, Ramonville Saint-Agne, 1999.

La protection de l'enfant victime d'inceste par la révélation des faits

A. Gouttenoire, faculté de droit de Bordeaux, présidente de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance de Gironde, membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru

La première et la plus indispensable protection dont doit bénéficier le mineur victime de la part des adultes qui sont appelés à le prendre en charge à un titre ou un autre, et notamment dans le cadre médical, réside dans la révélation des abus dont il fait l'objet. Cette révélation est en effet une étape indispensable pour que soit mise en œuvre à la fois la répression de l'inceste (cf infra) et la protection de l'enfant, le cas échéant à travers un éloignement de l'auteur des faits.

La révélation de faits dont le médecin a eu connaissance dans le cadre de l'exercice de sa profession soulève la question du secret professionnel. La confrontation des

dispositions relatives au secret professionnel et des dispositions relatives à la protection des mineurs victimes d'abus sexuels permet d'affirmer que le médecin peut révéler des faits incestueux commis sur un mineur sans qu'il soit tenu à une véritable obligation de dénonciation.

LE DROIT DE DÉNONCER

Si l'article 226-13 du Code pénal sanctionne d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende la « révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession », l'article

226-14 du Code pénal prévoit que cette disposition n'est pas applicable « à celui qui informe des autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou de mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique », ou encore « au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices et privations qu'il a constatés sur le plan physique ou psychique dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ».

Ces dispositions du Code pénal permettent donc incontestablement aux personnes tenues au secret professionnel de révéler des faits secrets dont elles ont eu connaissance dans le cadre de l'exercice de leur profession sans craindre d'être poursuivies pour violation du secret professionnel. Les faits secrets susceptibles d'être révélés pour protéger une personne recourent toutes les formes de mauvais traitements, qu'il s'agisse de privations, de sévices, d'atteintes ou de mutilations sexuelles. S'agissant des victimes protégées, le texte vise les mineurs, sans considération d'âge. Les abus sexuels commis sur des mineurs dans le cadre familial concernent à l'évidence des faits qui peuvent être révélés par le médecin qui en a connaissance dans le cadre des soins qu'il prodigue à l'enfant. La révélation qu'il est susceptible de faire de ces faits n'est subordonnée ni au consentement de l'enfant concerné, ni évidemment au consentement de ses parents.

Indépendamment du droit de dénoncer les faits aux autorités administratives ou judiciaires, le médecin peut partager les informations relatives à un enfant avec d'autres professionnels. Cette possibilité de partage d'informations est re-

connue par deux sortes de dispositions. Les premières dispositions concernent les professionnels intervenant « dans le cadre médical ». L'article L 1110-4 du Code de santé publique issu de la loi du 4 mars 2002 prévoit en effet dans son alinéa 3 que « deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ».

Les secondes dispositions relatives au partage d'informations à caractère secret sont spécifiques à la protection de l'enfance. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a en effet instauré la possibilité d'échanger entre professionnels des informations à caractère secret afin d'assurer une meilleure prise en charge ou la continuité de soins de l'enfant. Le nouvel article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles prévoit ainsi que « par exception à l'article 226-13 du Code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret, afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier ». On peut sans aucun doute affirmer que le pédiatre est une personne qui apporte son concours à la protection de l'enfance et qu'il bénéficie, à ce titre, du droit de partager les informations dont il a eu connaissance dans le cadre de sa profession avec d'autres médecins, des infirmières ou des assistantes sociales par exemple. Il faut cependant préciser que le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. La loi prévoit en outre que « le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant, en

fonction de son âge et de sa maturité, sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ». Le principe est donc que le médecin doit avertir les parents qu'il va partager les informations concernant leur enfant avec d'autres professionnels, sauf s'il estime que le fait d'avertir les parents peut mettre l'enfant en danger.

Pour autant, aucune disposition légale ne fait obligation au médecin de révéler les faits incestueux dont il a eu connaissance ; la seule obligation qui pèse sur lui est de protéger l'enfant.

L'OBLIGATION DE PROTÉGER

Selon l'article 434-3 du Code pénal, « Le fait, pour quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende ». Toutefois, l'alinéa 2 de ce même texte dispose que « sont exceptées des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13 ». Ainsi, le médecin, tenu au secret professionnel, n'est pas tenu de dénoncer les abus sexuels sur mineur dont il a eu connaissance. On se trouve donc en présence d'une option de conscience, qui permet au professionnel de choisir en conscience entre la dénonciation et le secret.

Cette option s'efface cependant lorsque la révélation de l'abus sexuel est le seul moyen de protéger l'enfant. L'article 223-6 du Code pénal dispose en effet que « Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient volontairement de la faire

CONDUITE À TENIR EN CAS DE SUSPICION D'INCESTE

1. Constaté par écrit avec le plus possible de détails et d'objectivité.
2. Évaluer ou faire évaluer par des examens non intrusifs et en prenant garde à ne pas détruire d'éventuelles preuves.
3. Discuter de la situation avec un professionnel de la protection de l'enfance en cas de doute sur la conduite à tenir.
4. Révéler les faits par le biais d'une information préoccupante au Conseil général ou d'un signalement au Parquet.
5. En cas d'urgence, soustraire l'enfant aux sévices en l'hospitalisant.
6. Assurer le suivi de l'information transmise.

le de recueil provoquera une évaluation, laquelle donnera lieu, le cas échéant, à la mise en place des mesures nécessaires à la protection de l'enfant.

Le médecin peut également révéler les faits par le biais d'un signalement auprès du procureur de la République. Seules les situations faisant apparaître que l'enfant est en péril de manière immédiate, qu'il est gravement atteint dans son intégrité physique et/ou psychique et que les faits dont il est victime peuvent constituer une infraction pénale relèvent – dans ce contexte – du signalement.

En tout état de cause, le médecin doit

procéder à des examens pour déterminer la réalité des faits incestueux, dans la mesure du possible. Il peut également provoquer une évaluation médico-légale auprès de services spécialisés.

Comme toute personne concourant à la protection de l'enfance, le pédiatre confronté à un mineur menacé d'abus sexuel ne doit pas rester seul avec ses doutes et ses interrogations. Un échange avec des professionnels de la protection de l'enfance sur la situation et les solutions qui doivent être envisagées est sans doute la meilleure protection qui peut être offerte à l'enfant concerné. □

La répression de l'inceste sur mineur

A. Gouttenoire, faculté de droit de Bordeaux, présidente de l'Observatoire départemental de la protection de l'enfance de Gironde, membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru

La répression de l'inceste sur un mineur est en réalité une répression indirecte, dans la mesure où cet abus sexuel ne constitue pas en lui-même une infraction spécifique. Il est en réalité réprimé à travers les infractions sexuelles dont le mineur est victime. Toutefois, la loi du 8 février 2010 a symboliquement inscrit l'inceste dans le Code pénal, par le biais d'une surqualification.

L'INCESTE : UNE INFRACTION SEXUELLE SUR MINEUR

L'inceste sur mineur est, selon les circonstances, réprimé au titre d'une des infractions sexuelles sur mineur. Le Code pénal protège plus particulièrement les victimes placées en situation de dépendance, et donc particulièrement vulnérables, en facilitant et aggravant la répression de l'inceste à leur égard lorsqu'il est commis par un parent ou une personne ayant autorité. Le Code pénal alourdit ainsi la peine prévue pour les agressions sexuelles ou le viol lorsque l'infraction est commise par un ascendant de la victime. Le lien de parenté ou

d'autorité est par ailleurs un élément constitutif de l'atteinte sexuelle sur un mineur de quinze à dix-huit ans. S'agissant du lien d'autorité, on rappellera que cette autorité peut être légale, comme celle des père et mère qui découle de la loi, ou de fait, quand elle résulte de circonstances particulières ou de liens entre l'auteur et la victime, comme le concubin de la mère.

Lorsque l'abus sexuel incestueux a été commis sans violence, il relève de l'infraction d'atteinte sexuelle, dont seul un mineur peut être victime. Cette infraction repose sur l'idée que les enfants ne peuvent valablement consentir à des relations sexuelles. Le Code pénal réprime l'atteinte sexuelle sans violence sur mineurs de deux manières différentes, selon l'âge du mineur. L'article 227-25 du Code pénal punit de façon générale toute atteinte sexuelle sur mineur de moins de quinze ans commise par un majeur ; l'article 227-26 du Code pénal punit ces atteintes lorsqu'elles sont commises sur des mineurs âgés de quinze ans, seulement si elles sont commises par un ascendant ou une personne ayant autorité sur le mineur. Selon la jurisprudence

est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende ». Dans une telle hypothèse, si le médecin n'intervient pas, il peut être poursuivi, comme quiconque, pour non-assistance à personne en danger, l'article 223-6 n'exemptant pas de l'obligation de porter secours les personnes tenues au secret professionnel. Le médecin est ainsi tenu de révéler les faits lorsqu'il n'est pas possible de venir au secours de l'enfant menacé, soit en dissimulant son intervention par l'anonymat, soit en veillant personnellement à éloigner la victime d'un entourage ou d'un milieu nuisible ou en provoquant des mesures en ce sens. Le médecin peut en effet protéger l'enfant en provoquant par exemple son hospitalisation pour l'éloigner de l'auteur des abus sexuels.

S'il doit ou veut révéler des faits incestueux commis sur un mineur, le médecin peut le faire selon deux circuits, qui satisfont l'un et l'autre son obligation de protéger le mineur.

Le médecin peut tout d'abord révéler les faits par le biais d'une information préoccupante transmise à la cellule compétente du Conseil général. L'information préoccupante peut se définir comme tout élément d'information social, médical ou autre, quelle que soit sa provenance, susceptible de laisser craindre qu'un enfant se trouve en situation de danger ou de risque de danger. A la réception de cette information préoccupante, la cellule

exercer notamment une autorité, un oncle par alliance de la victime à qui celle-ci avait été confiée par ses parents, le mari d'une institutrice assistant celle-ci dans ses fonctions, le concubin de la mère partageant avec elle son habitation, le directeur d'un centre d'accueil pour jeunes en difficulté.

L'article 227-25 du Code pénal punit l'atteinte sexuelle sans violence sur mineur de moins de quinze ans de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. L'article 227-26 du même code prévoit une aggravation des peines, notamment lorsque cette infraction est commise par un ascendant ou par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions. L'article 227-27 du Code pénal punit l'atteinte sexuelle sans violence sur mineur de quinze à dix-huit ans de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

Lorsque l'atteinte sexuelle est commise sur la victime par une personne titulaire de l'autorité parentale, la juridiction pénale de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité, la juridiction pouvant également statuer sur le retrait de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime (article 222-31-2 du Code pénal).

L'atteinte sexuelle sur mineur est une infraction grave et peu visible, ce qui justifie des dérogations aux règles habituelles de prescription. Le délai de prescription de ce délit est, en effet, de dix ans, à compter de la majorité de la victime, qu'elle ait plus ou moins de quinze ans au moment des faits. Lorsque l'atteinte sexuelle sans violence sur mineur de quinze ans a été commise par un ascendant ou une personne ayant autorité, la prescription est de vingt ans, toujours à partir de la majorité de la victime.

Lorsque l'inceste s'inscrit dans un contexte de violence, il est susceptible d'être qualifié d'agression sexuelle ou de viol.

Selon l'article 222-22 du Code pénal, constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Elle

est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, et ces peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises par un ascendant ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime.

Selon l'article 222-23 du Code pénal, le viol s'entend de tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise. Il est puni de quinze ans de réclusion criminelle, porté à vingt ans lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime.

LA RECONNAISSANCE CONTESTÉE DE L'INCESTE COMME ABUS SEXUEL SPÉCIFIQUE PAR LA LOI DU 8 FÉVRIER 2010

L'objectif clairement affirmé des auteurs de la loi n° 2010-121 du 8 février 2010 était de « faire entrer l'inceste dans le Code pénal ». Cette prise en compte de l'inceste passait cependant par une voie originale. Tout en maintenant la circonstance aggravante de l'abus sexuel liée à la qualité de l'auteur, le texte prévoyait, pour chacune des infractions sexuelles commises sur des mineurs, de qualifier les faits d'incestueux « lorsqu'ils sont commis au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille, ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait. »

Cette qualification ne modifiait ni les éléments constitutifs des infractions, ni les peines qu'elles sont susceptibles d'entraîner. Dans l'hypothèse où les faits n'auraient pas permis d'appliquer l'une des qualifications prévues par les anciens textes, les nouvelles dispositions ne permettaient pas davantage de considérer qu'une infraction était constituée. La loi du 8 février 2010 per-

mettait seulement d'ajouter une « surqualification » à une qualification déjà existante. Une question prioritaire de constitutionnalité a abouti à une censure de l'article 222-31-1 du Code pénal par le Conseil constitutionnel (décision du 16 septembre 2011), qui considère que la définition de la famille sur laquelle est fondée la qualification d'infraction incestueuse n'est pas suffisamment précise au regard du principe de la légalité des délits et des peines. Le texte est donc abrogé, les autres dispositions de la loi restant tout de même applicables.

Il en va particulièrement ainsi de la nouvelle définition de la contrainte fournie par la loi du 8 février 2010. Dans le cadre de l'inceste, et au regard de la situation d'emprise psychologique que l'auteur des faits exerçait sur sa victime, qui n'implique le plus souvent aucune contrainte physique, il était en effet difficile de caractériser la contrainte. La Cour de cassation avait, certes, admis que la contrainte pouvait résulter de la différence d'âge entre l'agresseur et la victime, particulièrement pour les mineurs en très bas âge [1], mais elle n'avait pas admis que la seule autorité de fait pouvait être constitutive d'une contrainte [2]. Ces difficultés entraînaient fréquemment la « disqualification » des agressions sexuelles en atteintes sexuelles, moins sévèrement réprimées. Le nouvel article 222-22-1 du Code pénal, selon lequel « La contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être physique ou morale. La contrainte morale peut résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits, et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime », permet de caractériser plus facilement la contrainte dans le cadre d'un inceste, et donc de qualifier les faits en agression sexuelle ou viol.

La loi du 8 février 2010 a également renforcé la prise en charge procédurale du mineur victime d'inceste. Selon le nouvel article 706-50 du Code de procédure pénale, « Lorsque les faits sont qualifiés d'incestueux au sens des articles 222-31-1 ou 227-27-2 du Code pénal, la

désignation de l'administrateur ad hoc est obligatoire, sauf décision spécialement motivée du procureur de la République ou du juge d'instruction». Il s'agit d'inverser, en cas d'inceste, la règle de droit commun en matière de représentation de l'enfant mineur victime d'une infraction pénale. De manière générale, en effet, les titulaires de l'autorité parentale sont considérés comme les mieux à même de défendre les intérêts de leur enfant, et ce n'est que lorsque la protection des intérêts de celui-ci n'est pas complètement assurée par ses représentants légaux ou par l'un d'entre eux que le procureur de la République ou le juge d'instruction désigne un administrateur ad hoc. Au contraire, lorsque les faits seront qualifiés d'incestueux, le magistrat

devra démontrer que la protection des intérêts de l'enfant peut être assurée par ses représentants légaux ou l'un d'entre eux sans préjudice pour l'enfant. La nouvelle disposition a l'avantage de rendre incontournable la question de la représentation de l'enfant victime dans la procédure pénale, tout en laissant aux parents une chance de conserver leurs prérogatives en la matière, d'autant que l'article R53-7 du Code de procédure pénale prévoit qu'ils peuvent contester par voie d'appel la désignation d'un administrateur ad hoc pour représenter leur enfant. □

[1] Cass. crim., 7 déc. 2005, Bull. crim., n° 326, *AJ pénal* 2006, p. 81, obs. Véron M.; Crim. 3 décembre 2008, Pourvoi n° 08 84092.
[2] Cass. crim., 14 nov. 2001, Bull. crim., n° 239.

chaque week-end, les assauts sexuels agressifs de son père toxicomane, de son grand-père et de ses frères aînés, avec la complicité tacite d'une mère soumise et craintive. Cette petite fille, placée en famille d'accueil le reste de la semaine, est suivie par des travailleurs sociaux, des médecins, des psychologues et va en hôpital de jour. C'est une camarade de classe qui, parlant au professeur principal du collège, permet que cessent des sévices en même temps que les week-ends en famille.

– Un bébé garçon subit, entre cinq et sept mois, les pénétrations orales du pénis de son père délirant, la mère étant gravement déficitaire sur le plan intellectuel. Seule la pédiatre, devant une infection sexuellement transmissible, ose penser à ce qui, pour elle, est pourtant l'innommable.

Les différences évidentes d'âge, de durée et de nature de l'abus, de niveau de développement, de contexte social, de dynamique familiale ne doivent pas masquer le fait que les crimes d'inceste ont une structure commune spécifique. Mais laquelle ?

On a longtemps pensé que l'inceste résultait de l'addition de plusieurs facteurs de risque déjà repérés, carences éducatives, affectives, défaut d'attachement du fait de déviations ou de maladies parentales, qui expliqueraient les actes d'agression pédophilique intrafamiliaux. Mais bien que ces aspects puissent en faire partie, cela ne suffit pas pour caractériser une véritable spécificité.

Il ne s'agit pas non plus d'une collection pathognomonique de symptômes qui apparaîtraient comme une signature post-abus et qui, devant les paroles de l'enfant sans indices matériels, nous épargneraient nos embarras de cliniciens ou de juristes : fausse allégation ou vraie dénonciation ? Personne n'a jamais pu mettre en évidence de groupements symptomatiques qui soient spécifiques de l'inceste, comme le syndrome radiologique de Silverman l'est pour les sévices corporels. Les atteintes corporelles des orifices (dilatation anale, effraction de l'hymen, etc.) et la longue liste des infections sexuellement trans-

Spécificités du traumatisme psychique de l'inceste chez l'enfant et de sa prise en charge

P. Ayoun, médecin responsable filière ambulatoire adolescent, pôle de pédopsychiatrie sectorielle, hôpital Charles-Perrens, Bordeaux, psychiatre-psychanalyste chargé de la supervision d'équipe de la Maison d'accueil Jean-Bru, membre du conseil scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru

Seuls certains aspects seront ici traités. L'analyse « systémique » de la dynamique familiale ne pourra être abordée, ni le détail des accompagnements psychologiques et sociaux lors des procédures.

Pour aider un enfant ayant vécu une agression sexuelle incestueuse, il faut se représenter clairement l'impact immédiat des actes concernés, les conséquences à moyen et long terme sur le développement, les fonctions parentales et la personnalité. La diversité des situations, la complexité des facteurs mis en cause et le nombre des intervenants peuvent décourager le praticien de terrain, s'il n'a pas les repères lui permettant de s'orienter.

DES REPÈRES NÉCESSAIRES

En effet, quoi de commun entre les trois histoires suivantes ?

– Une adolescente de quatorze ans, fille unique dans sa maison bourgeoise et confortable, subit, une nuit, une seule fois, des attouchements sur ses parties génitales de la part de son père, qui, en proie à un effondrement dépressif et récemment séparé de la mère, se trouve alors en état d'ivresse. La jeune fille doit vivre ensuite dans le silence mensonger imposé par son père à partir du lendemain ; comme si rien ne s'était passé, elle doit retourner au collège sans que personne ne devine son drame. A dix-sept ans, à la suite d'un coma éthylique, véritable équivalent suicidaire, elle dévoile ce fait aux réanimateurs.

– Une petite fille perdue dans sa fratrie nombreuse, se masquant derrière une pseudo-débilité mentale, subit, depuis l'âge de trois ans au moins et jusqu'à l'âge de douze ans, répétitivement

missibles explicables seulement par une agression sexuelle adulte sont en fait très rares ; de plus, le traumatisme physique consécutif guérit le plus souvent très rapidement.

En fait, c'est le traumatisme psychique qui est spécifique, même s'il va être le plus difficile à reconnaître pour le sujet, sa famille et les professionnels, car il est de nature complexe et évolutif.

On sait désormais qu'à tout âge (même chez les bébés et les enfants) certains événements ont un pouvoir traumatogène car ils provoquent « une rencontre avec le réel de la mort », selon l'expression de François Lebigot. Accidents, guerres, catastrophes naturelles ou sévices corporels, négligences graves confrontent le sujet à un risque de mort imminente, déterminant une frayeur sidérante. L'événement vient s'inscrire, avec tout le sensoriel des odeurs, des cris, des actions, dans une zone de l'être sans représentation symbolique, ni mots, ni images compréhensibles : corps étranger dans le psychisme, il peut à tout moment déclencher la reviviscence de l'horreur. Ainsi, après des réactions immédiates de stress (agitation, affolement, prostration) peut survenir un syndrome psychotraumatique qui associe la répétition vécue de l'événement, un émoussement affectif et des réactions d'évitement pouvant aller jusqu'aux phobies diverses. Peuvent aussi se déclencher des tableaux plus classiques (névroses, psychoses, troubles de l'humeur).

Le viol brutal, les menaces de mort, la terreur qui accompagnent certaines situations d'inceste peuvent avoir cette valeur de « rencontre avec le réel de la mort ». Mais l'évidence de la violence peut masquer la spécificité du traumatisme incestueux. Car, le plus souvent, cet événement s'accompagne d'une mise au silence et au secret de l'enfant dans une relation d'emprise avec le parent, relation où les agressions physiques, émotionnelles et sexuelles sont déniées en tant que violence et justifiées par un système idéologique quasi délirant. Parfois, l'enfant vit des expériences de plaisir qui ajoutent à la confusion. C'est pourquoi il a fallu dis-

tinguer entre des « traumatismes de type I », uniques, brefs, violents, donc représentables en tant que traumatismes, et des « traumatismes de type II », répétés, de durée longue, dans une atmosphère de banalisation sournoise, confondus avec la vie ordinaire, donc difficiles à se représenter.

C'est dans ces cas assez fréquents où se superposent pendant longtemps la vie familiale ordinaire et la répétition des agressions sexuelles et du déni imposé que l'inceste va révéler la spécificité de son traumatisme.

Ici, pas de rencontre évidente et directe avec le réel de la mort. C'est l'attaque de la dimension symbolique (saccage de la parole, transgression des interdits majeurs, inversion dans la filiation) qui détermine par le moyen du sexe la rencontre avec le réel de la menace de mort psychique. Car ce n'est pas tellement l'expérience d'étrangeté vécue par l'enfant qui l'atteint, étrangeté de la sexualité adulte imposée par un parent, c'est surtout le risque d'une négation radicale en tant que sujet. Selon l'expression de Claude Balier, l'inceste est une tentative de « meurtre d'identité », par le moyen d'une attaque de la filiation.

Mais il faut également souligner qu'à l'occasion de ces expériences extrêmes, certains enfants ont démontré qu'ils pouvaient (et cela est souvent méconnu et rejeté par une approche exclusivement centrée sur la pathologie) transformer leur personnalité dans un sens positif d'accroissement de la responsabilité et de la sensibilité à l'autre. C'est ce dont la notion de résilience a tenté de rendre compte.

Nous savons que la résilience d'un enfant ne tient pas tant à son tempérament heureux, son optimisme, sa tendance à contourner les problèmes et ses capacités cognitives exceptionnelles qu'à des effets de rencontre. Rencontre d'un ou de plusieurs adultes capables d'empathie, de soutien positif, de protection authentique et au long cours. Boris Cyrulnik parle de « tuteur de résilience » ; Stanislas Tomkiewicz parlait d'attitude authentiquement affective. Et cette rencontre transforme la blessure

excluante en récit partageable avec le reste de la communauté humaine.

Les traces laissées par l'inceste sur les enfants sont contrastées. Elles mélangent la confusion, la peur, la honte, mais aussi le sentiment d'une sorte d'initiation, un savoir sur la jouissance des adultes quand elle est sans limite ou culpabilisée.

DÉFINITION

Pour que le praticien ne soit pas contaminé par la confusion, la paralysie de la pensée et de l'action, un effort de définition est nécessaire.

D'abord, on appelle agression sexuelle d'un enfant (OMS, 2006) son implication dans des activités sexuelles qu'il ne peut totalement comprendre, pour lesquelles il est incapable de donner son consentement, ou pour lesquelles il n'a pas la maturité mentale suffisante, ou qui sont en violation des lois ou des tabous sociaux.

Les activités sexuelles comprennent les activités avec contact physique, incluant les actes de pénétration et sans pénétration (viol, sodomie, fellation), et les activités sans contact, comme imposer à un enfant de regarder/participer à des vidéos à caractère pornographique ou d'observer des relations sexuelles, ou encourager des enfants à avoir un comportement sexuel inapproprié.

L'agression sexuelle est différenciée des « jeux sexuels » par le fait qu'il existe une asymétrie du niveau de développement entre les participants et par l'aspect coercitif du comportement.

Les agressions sexuelles sont qualifiées d'incestueuses « lorsqu'elles sont commises au sein de la famille sur la personne d'un mineur par un ascendant, un frère, une sœur ou par toute autre personne, y compris s'il s'agit d'un concubin d'un membre de la famille ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait » (art. 222-31-1 du Code pénal) (1).

(1) Dans une décision du 30 septembre 2011, le Conseil constitutionnel a censuré l'article 222-31-1 issu de la loi du 8 février 2010 qui a consacré dans le code pénal la spécificité de l'inceste sur mineurs, en jugeant que la définition des personnes pouvant être poursuivies à ce titre était trop imprécise au regard du principe de la légalité des délits et des peines.

« La contrainte morale résulte de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits, et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime ».

SIGNES D'APPEL CHEZ L'ENFANT

En dehors du dévoilement verbal explicite de l'agression, de nombreux signes de mal-être, de malaise somatique, psychique ou comportemental prennent une valeur d'appel. Comme un SOS crypté qui attend le bon entendeur ou lecteur qui saura le déchiffrer.

Rappelons qu'aucun des signes n'est pathognomonique mais que leur association devrait être évocatrice. Rappelons aussi que, dans l'action traumatogène, il y a toujours deux composantes : l'une dans l'acte effractant ; l'autre dans le déni, le désaveu ou l'aveuglement des adultes qui doivent porter assistance à l'enfant. D'où l'extrême importance du décryptage, notamment par les médecins d'enfants.

Parmi les signes généraux inexplicables, on peut citer les plaintes fréquentes pour des maux de ventre, des maux de tête, une énurésie ou une encoprésie soudaine, des troubles du comportement alimentaire, un sommeil perturbé, des problèmes scolaires récents. Ces signes généraux, souvent associés, signalent le retentissement psychique des agressions sexuelles sur la victime.

Des atteintes de la sphère génito-anale, comme les saignements, les pertes génitales, les douleurs, les troubles menstruels, sont fréquemment présentes.

Ce sont surtout certaines modifications du comportement, sans explication claire, qui doivent faire évoquer l'abus sexuel chez l'enfant. Ainsi, les troubles du comportement sexuel :

- soit l'hypersexualisation précoce, inadaptée à l'âge, avec des gestes inappropriés, des contacts auprès d'autres enfants ou adultes, une masturbation compulsive et/ou exhibée, des propos crus et pornographiques ;
- soit l'inhibition, l'évitement, voire des

attitudes phobiques par rapport à toute action voire même allusion sexuelle.

Hyperexcitation ou sur-inhibition peuvent alterner chez un même individu. Ainsi, des moments de relation avec de multiples partenaires, prostitution, exhibitionnisme, peuvent succéder à une retenue extrême avec une pudibonderie excessive. L'atteinte de l'image du corps peut entraîner des grossesses précoces, des dénis de grossesse ou des altérations symptomatiques, comme un refus de l'hygiène corporelle et des rituels de lavage compulsifs, un refus de se montrer nu et des exhibitions soudaines.

Mais il existe aussi d'autres troubles du comportement qui doivent alerter :

- la distance relationnelle est perturbée chez l'enfant. Il peut rechercher de façon excessive :

- un contact ou des signes d'affection auprès d'étrangers, y compris les soignants,

- une attention permanente par une théâtralisation de ses conduites,

- un évitement de la désapprobation parentale par une obséquiosité et un respect scrupuleux des règles éducatives ;

- il peut également manifester un repli sur soi jusqu'au mutisme ou une tendance à être souffre-douleur à l'école ;

- il y a dérégulation brutale des émotions sans explication. Ainsi, certaines explosions de colères disproportionnées peuvent survenir à l'école ou en famille, ou bien des pleurs inconsolables incompréhensibles signalent une détresse.

Des peurs inexplicables, une hyper-vigilance, des réactions de sursaut, une phobie de tout contact physique comme les refus soudains de garderie, de l'école, de voir un membre de la famille doivent alerter. Il faut savoir percevoir les mêmes signes chez l'enfant de moins de trois ans ou l'enfant handicapé.

Chez l'adolescent, il y a des symptômes qui doivent faire évoquer systématiquement l'agression sexuelle : les tentatives de suicide, les fugues, les addictions précoces (tabac, cannabis, alcool, boulimie compulsive), les actes de violence envers les autres, mais aussi les scarifications.

Quant aux demandes précoces de contraception ou la répétition des IVG, elles orientent depuis longtemps vers la possibilité de violences sexuelles.

On néglige très souvent, sous prétexte de relation de confiance ou de respect, de prendre en considération le comportement de l'entourage. Pourtant, certaines attitudes, comme le refus d'apporter des soins à l'enfant ou leur acceptation avec retard, le refus de donner des explications ou leur incohérence, la banalisation systématique des symptômes et de la souffrance de l'enfant, la dévalorisation des propos de l'enfant, le refus sans raison des explorations médicales et enfin l'attitude agressive ou trop dépressive vis-à-vis du service soignant, devraient éveiller la vigilance et nous faire penser aux abus sexuels, de même que la proximité corporelle excessive ou inadaptée d'un parent vis-à-vis de l'enfant, la conduite intrusive du parent pendant l'examen médical ou l'indifférence hostile du parent vis-à-vis de son enfant.

On sait désormais qu'il y a un risque de répétition au moins partiel du traumatisme à tous les moments de la prise en charge des enfants victimes d'inceste. Ce qu'on a appelé « maltraitances institutionnelles ». Cette « victimisation secondaire » peut débuter dès les premières rencontres lorsque ne sont pas réunies les conditions spécifiques d'accueil et d'examen de l'enfant présumé victime d'inceste.

Deux facteurs majeurs chez les intervenants, notamment médicaux, expliquent les erreurs et les violences à la source de la victimisation secondaire :

- l'ignorance des processus relationnels qui conduisent à la traumatisation sexuelle, pourtant décrits depuis trente-cinq ans, et qui se répètent par « transfert » sur le médecin ;

- l'oubli (le refoulement ?) qu'il existe une vie sexuelle des enfants en dehors des abus qui l'effractent et peuvent en dévier le développement. De ce fait sont confondus pour les adultes aidants ou soignants les manifestations de sexualité infantile et les signes post-traumatiques des abus, d'où le double risque de

« pathologiser » l'ensemble de la vie de l'enfant ou de banaliser les traces de l'effraction adulte. C'est le regard des adultes qui est troublé par le fait de savoir que, par exemple, l'enfant placé a été sexuellement abusé.

LA TRAUMATISATION SEXUELLE INCESTUEUSE

Elle se déroule selon quatre axes qui se retrouvent à des degrés divers selon les situations, la nature et la durée de l'abus.

LA SEXUALISATION TRAUMATIQUE

L'enfant est amené par son parent à un âge inadapté à utiliser un comportement sexuel génitalisé pour obtenir une satisfaction affective et un renforcement narcissique. Alors se produit une association entre ses sensations, ses émotions et l'expérience génitale précoce. A partir de là surviennent des conduites inappropriées ou prématurées et surtout une confusion au niveau de l'identité sexuelle (la fille comme une femme, le père comme un amant par exemple). Cette confusion se traduit par une agressivité ou des jeux répétés à connotation génitale, une masturbation compulsive, des attitudes séductrices et des intérêts sexuels inadaptés à l'âge.

L'IMPUISSANCE DE L'ENFANT

L'incapacité à arrêter les agressions d'un parent et l'absence de soutien de l'autre parent entretiennent une insécurité affective. D'où la peur, l'angoisse et la dépression. Soumis, pris dans une impasse relationnelle, captif de la loi du silence imposée par le parent, l'enfant inhibe sa révolte et sa colère, d'où une série de symptômes : peurs et phobies foisonnent ; le repli et l'isolement s'aggravent ; les conduites dépressives comme l'énurésie et les plaintes corporelles se multiplient, associées à une hyper-vigilance de tous les instants.

LA STIGMATISATION NÉGATIVE

L'enfant a le sentiment d'être abîmé, endommagé, et se sent responsable de ces

dommages. La honte et la culpabilité parfois ressenties par le parent après les actes sont violemment projetées sur l'enfant, afin de restaurer une image de soi plus positive. L'enfant intègre cette culpabilité et cette honte exogènes, qui se mélangent à ses sentiments propres. D'où les affects dépressifs, les idées et les tentatives de suicide, les conduites auto-destructrices, antisociales ou addictives.

LA TRAHISON PARENTALE

Sexuellement exploité par un parent qui était pour lui l'amour, l'estime, la confiance, la protection affective, l'enfant perd brutalement toute illusion et toute confiance. Cette destitution touche le parent agresseur et, au-delà, tout adulte, désormais soupçonné d'être bâti sur le même modèle. Donc aussi tout adulte soignant. L'enfant est envahi des sentiments d'être souillé, dupé, rendu anormal et marqué d'infamie. Au pire, il peut se vivre comme un déchet à éliminer.

L'impact de la trahison se manifeste par une irritabilité permanente, des passages à l'acte hétéroagressifs, des signes dépressifs, voire mélancoliques, mais aussi des conduites de collage ou d'extrême dépendance à l'adulte cohabitant avec une méfiance foncière.

Le point à souligner est que tout cela est une réaction saine de tout enfant face à une situation anormale. Car l'abus sexuel incestueux altère les perceptions et les émotions concernant l'environnement et crée une sensation par la distorsion imposée de l'image qu'a l'enfant de lui-même, de sa vision du monde et de ses capacités affectives.

Pour survivre, l'enfant a souvent recours à la dissociation et au clivage. Il va, de façon automatique et inconsciente, décliner sa personnalité en deux secteurs : l'un où règne la trace du trauma sans représentation symbolique ; l'autre où sa vie affective et fantasmatique d'enfant poursuit de façon pseudo-normale son développement, comme si le traumatisme n'avait jamais existé.

Cette organisation est fragile, car à chaque épreuve stressante de la vie, à chaque rencontre rappelant, par un

trait, une odeur, une couleur, un geste, le traumatisme, le clivage va céder et la reviviscence traumatique pourra ré-évaluer la vie du sujet.

LES ASPECTS DU DÉVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL

Leur prise en compte est indispensable pour se représenter l'impact émotionnel de l'inceste et préparer les soins et le type de protection nécessaires. Les enfants viennent au monde avec un sens primitif de leur identité et la capacité d'éprouver la douleur et les émotions intenses. Ils sont capables d'aimer mais aussi de sentir la haine et l'envie. Puis, grâce à l'établissement de l'attachement, d'une relation réciproque et sécurisante parents-enfant, et à la transformation par la mère des émotions brutes en sentiments nuancés, tempérés et assimilables, les deux aspects amour et haine vont se rassembler, et l'enfant va réaliser progressivement et avec souffrance que l'on est tous bons et mauvais, et que l'on peut être aimé ou haï comme l'on aime et hait. La peur fantasmée des représailles dues à la haine peut s'atténuer lorsqu'on reconnaît cette ambivalence comme normale.

En même temps, dès le début, il y a une conscience de la sexualité et de la différence des sexes. Les attitudes parentales peuvent renforcer ou inhiber les prémices de cette identité de genre. Les petits garçons sont conscients de leur pénis comme source d'excitation et de plaisir, et aussi de leur impulsion à pousser en avant dans un intérieur fantasmé.

Les petites filles sont conscientes du plaisir sensuel : cela à partir du corps entier et de leurs parties génitales mais aussi avec le sentiment de quelque chose de précieux à l'intérieur et l'importance d'un espace du dedans.

Avant l'âge de trois ans

Les enfants de moins de trois ans souffrent d'un mythe tenace : ils sont supposés être protégés naturellement de l'impact des agressions sexuelles du fait de

leur prématuration physiologique. Pourtant, cette même prématuration (leur absence de parole et leur dépendance absolue) les rend plus victimisables.

En fait, les recherches actuelles sur les traumatismes psychiques des très jeunes enfants montrent qu'il existe une mémoire corporelle des abus et même, chez certains, la capacité de les raconter plus tard. Ces recherches montrent que ni l'immatrité, ni la plasticité cérébrale, ni la disponibilité évolutive ne les protègent des impacts directs des agressions. Ils sont sujets également aux syndromes psychotraumatiques, mais leur mode d'expression utilise le corps : vigilance gelée, regard fuyant, balancement, pleurs inconsolables et manifestations psychosomatiques de type pelade, eczéma, survenue précoce de diabète, etc.

Entre trois et six ans

A cet âge, les enfants sont dégagés des relations de corps à corps avec les parents. Ils sont moins dépendants pour la nourriture, l'hygiène sphinctérienne, sauf accident. L'expression verbale devient prévalente dans les échanges. Si la relation d'attachement est suffisamment sécurisée, ils peuvent explorer leur monde environnant, sont prêts depuis longtemps pour la socialisation. Et l'entrée à l'école maternelle se déroule sans appréhension si elle est accompagnée par des parents confiants. Leurs échanges par la parole sont de plus en plus élaborés. Ils commencent à être disponibles pour des apprentissages pédagogiques, accédant progressivement à la maîtrise consciente de la pensée symbolique et logique.

Les éléments de pensée magique (dire équivalait à faire, les choses inanimées ont des intentions) sont de plus en plus confrontés au réel et au savoir des adultes.

L'illusion de toute-puissance de l'enfant est souvent le reflet d'une incapacité des parents ou des adultes à « dire non » sans agressivité ni excitation, de même que ses difficultés à gérer ses impulsions, à tolérer les limitations ou à différer sa satisfaction. Quant aux fantasmes

œdipiens, ces sentiments passionnels de haine et d'amour pour les deux parents, ils demeurent assez discrets dans leur expression manifeste si l'attitude de chacun des parents est sans ambiguïté.

Les préoccupations sur l'origine et la fabrication des bébés donnent lieu à des théories sexuelles infantiles où toutes ces hypothèses sont testées en fantasme, comme dans les jeux ou les échanges avec les autres enfants, avec la fratrie plus âgée et les adultes disponibles et non dévalorisants pour la parole enfantine.

Il en va de même pour les théories sociales infantiles (Lionel Bailly), à travers l'exercice de la motricité, l'affirmation de soi face aux autres, le défi face aux règles et à l'autorité, l'hyperactivité, les agressions ou les conduites antisociales. Sont alors testées les hypothèses concernant la vengeance et la justice, la place dans les réseaux d'appartenance (familiaux, amicaux, scolaires et sociaux), mais aussi la capacité d'être le narrateur et l'acteur de sa propre histoire. Ce qu'on appelle processus de subjectivation.

L'expérience génitale précoce avec un parent va entraîner un chaos émotionnel, qu'il y ait ou non dommage physique. Le télescopage entre les demandes affectives et sensuelles de l'enfant et les réponses génitales du parent abuseur produit une désorganisation psychique et un état de confusion durable.

Les prétendues « relations amoureuses », selon le délire de l'abuseur, même quand l'approche se fait sans violence ni surprise, sont des attaques : l'enfant est nié dans son existence ; il est l'instrument permettant que l'adulte prenne sa jouissance. Plus souvent qu'il ne le dit, le parent reproduit et transmet alors l'abus dont il a été lui-même victime. Sont réalisées les conditions d'un traumatisme par excès et par défaut.

Par excès : l'expérience génitale est incompréhensible et impensable pour l'enfant, qui ne fait qu'adopter des conduites réactionnelles. A cet âge, on constate des inhibitions et des déficits du développement intellectuel, physique et social, ainsi que des syndromes

hallucinatoires de réviviscence, ou bien une hyper-maturité intellectuelle soudaine : un hyper-investissement de la pensée logique pour éviter les images génitales intrusives.

Par défaut : le parent abuseur a détruit sa fonction parentale par l'acte génital. Il prive l'enfant de son père, grand-père, etc., pas seulement par la trahison mais aussi par la preuve de son incapacité à se dire non, à réguler ses pulsions, ainsi que par la déviance de son désir, qui est pédophilique au lieu de se diriger vers d'autres adultes qu'ils soient ou non de son sexe. Le parent agresseur est le plus souvent un homme. Et à cet âge, le plus dommageable advient si l'enfant croit que l'inceste a eu lieu avec l'accord de sa mère, qu'elle pouvait le souhaiter ou bien qu'elle a choisi de ne pas l'empêcher. Parfois, c'est réellement le cas. D'autres fois, c'est impossible car les mères étaient absentes du fait de la séparation du couple. Mais le plus souvent, elles ignoraient ou méconnaissaient les faits, et c'est leur cécité qui est alors comprise comme un abandon par l'enfant.

D'où l'importance de la réaction des mères au moment du dévoilement : l'incrédulité, l'embarras ou le refus de croire l'enfant sont alors des équivalents de rejet. Une nouvelle attaque de l'enfant. Et même si, sans s'impliquer comme enquêtrice ou juge, la mère croit la parole de l'enfant, il demeure pour l'enfant la blessure que sa mère n'avait rien vu ou deviné.

Entre six et onze-douze ans

C'est une période où les enfants manifestent plus de troubles psychopathologiques repérables par les adultes.

Les exigences de réussite scolaire et d'adaptation aux règles sociales sont de plus en plus affirmées par les institutions. Les enfants traversent alors une période dite de latence où les préoccupations concernant les parents et l'origine des enfants sont mises au second plan, dégageant l'espace mental pour la pensée abstraite et les acquisitions du savoir, scolaire ou pas.

Cependant, l'agression sexuelle incestueuse conserve le même pouvoir trau-

matogène qu'auparavant. Les enfants sont capables de chercher l'information en milieu scolaire, et il faut des menaces de mort ou un chantage affectif pour leur imposer le silence. Car ils sont en pleine structuration de leur névrose infantile, avec la mise en place de défenses psychologiques plus contrastées. Ils ont plus tendance à ressentir de la colère et de la révolte, à les manifester, à avoir des conduites de destruction et des attaques de panique. Mais au-delà de l'impulsivité et de l'agressivité se développent des phobies sociales, des symptômes hystériques, obsessionnels ou caractériels, des conduites sexuelles inappropriées, une masturbation excessive, exacerbée, des idées obsédantes à contenu sexuel.

A l'adolescence

Les symptômes se manifestent sur le mode de l'urgence, du passage à l'acte vers soi ou les autres. Les fugues, la consommation d'alcool, de drogue, les mises en danger physiques ou sexuelles sont fréquentes, mais aussi les symptômes plus psychologiques comme des crises d'angoisse (souvent nommées « spasmophilie »), des moments dépressifs accompagnés d'idées suicidaires, des troubles obsessionnels compulsifs, ainsi qu'un manque de confiance en soi et une baisse de l'estime de soi.

Cependant, la majorité des adolescents passent cette période sans problèmes majeurs. Si certains sont très vulnérables, cherchent leur identité, leur orientation sexuelle, ont un narcissisme fragile, c'est souvent en rapport avec un trouble antérieur de l'attachement précoce, plus qu'avec une réactualisation de conflits œdipiens.

Une période incestueuse vécue dans l'enfance peut prédisposer à l'adolescence à des troubles de la personnalité, de l'humeur, de l'identité ou de la conduite sexuelle. Même si tous les adolescents traversent cette période de transformations rapides du corps entier (cerveau compris), affectant la relation à soi et aux autres sur tous les plans, seuls certains (du fait de traumatismes psychiques non traités, non métabolisés) présentent une personnalité bor-

derline, qui les expose à des décompensations psychopathologiques.

La survenue de la puberté réelle met à l'épreuve les assises narcissiques du sujet construites dans les premiers liens aux parents. C'est souvent le moment du dévoilement hors famille de l'inceste. Mais la puberté peut aussi déclencher chez le parent une autorisation pour l'agression sexuelle. Le corps de l'enfant s'est génitalisé : il devient désirable pour le parent incestueux. L'angoisse de la grossesse peut déclencher l'arrêt de l'abus, mais pas toujours, d'où la possibilité des grossesses d'adolescentes, soi-disant de « père inconnu », en fait de père incestueux.

La parole de l'adolescent est moins crédible. Soit il est systématiquement suspecté d'avoir consenti ou d'avoir provoqué l'agression sexuelle, soit il a effectivement utilisé l'arme de l'allégation sexuelle pour obtenir vengeance d'une autre agression plus physique ou psychologique. Cela est en fait assez rare.

Le plus souvent, l'enfant victime devenu adolescent prend conscience de la nature de l'abus sexuel et de ses conséquences. La honte qui s'ensuit peut relancer le processus traumatogène, avec des troubles de la relation affective et sexuelle, et une grande fréquence des tentatives de suicide. Cela surtout si l'inceste n'est pas reconnu en justice, si la fratrie et la famille non complices de l'abus ne croient pas et ne soutiennent pas l'enfant, si le parent agresseur dénie les faits.

Il peut arriver également qu'à la puberté l'enfant victime devienne auteur d'agression sexuelle, sur sa fratrie plus jeune, dans la famille élargie ou dans son école. C'est l'occasion du dévoilement d'abus subis plus tôt dans l'enfance. La prise en charge de ces adolescents victimes et auteurs est compliquée et demanderait un plus long développement.

LA PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE DE L'INCESTE

La spécificité de l'atteinte incestueuse est qu'elle attaque non seulement le su-

jet victime dans son identité et son intégrité, mais aussi tous les liens d'appartenance qui le définissent.

Par ailleurs, il serait nécessaire de repérer, chez tout adulte intervenant dans les situations d'inceste, la fascination ou les rejets excessifs comme des signes d'atteinte traumatique par contamination psychique. Un travail de supervision sur le contretransfert des intervenants est donc indispensable pour tous. La proposition de Chantal Parret de construire une « enveloppe partenariale » pour une équipe pluridisciplinaire référente des situations est sans doute à retenir. Contenir les émotions, garder une capacité de discernement, conserver une capacité de décision sans précipitation ni temporisation, tout cela ne reste possible que si l'on « travaille en cordée », et en sachant que la relation avec l'enfant victime et sa famille expose aux transactions incestueuses comme à des radiations invisibles.

Chacun a en soi des zones sinistrées ou meurtries qui ne demandent qu'à se réveiller au contact de ces situations au potentiel traumatogène. De le savoir à l'avance n'en préserve pas pour autant. Mais lorsque les symptômes psychiques ou psychosomatiques arrivent chez l'intervenant, il peut prendre des mesures, demander de l'aide sans s'effondrer et sans être jugé.

La prise en charge de l'enfant va consister à prendre soin des liens familiaux (avec l'abuseur, les parents non abuseurs, la fratrie), mais aussi du réseau des intervenants de proximité (travailleurs sociaux, juges, foyer, famille d'accueil, enseignants, médecin de famille, psychothérapeutes).

Prendre soin veut dire lutter contre les confusions et les relations d'emprise, et surtout réinstaurer un espace de vie où, malgré la tentation d'autodestruction de l'enfant, soit réaffirmée en acte son appartenance à l'espèce.

C'est d'abord au quotidien, dans les relations les plus « basiques », que s'exprime cette reconnaissance. Dans le foyer d'accueil, à l'école, en famille, à l'occasion des repas, de la toilette, de l'habillement.

C'est ensuite dans la préoccupation concernant l'orientation vers la psychothérapie. L'idée de réparer le traumatisme psychique par une psychothérapie vient naturellement. Mais de fait, plusieurs cas de figure peuvent se présenter :

- l'enfant a traversé l'inceste sans dommages apparents. Aucun symptôme ne se manifeste, mais ce sont des intervenants et la famille qui sont rétrospectivement choqués de ce qui aurait pu arriver. Des projections massives : « l'enfant doit être détruit », « il doit cacher sa détresse », « je ne peux pas croire qu'il ne soit pas affecté par une telle horreur ». La famille et les intervenants doivent être entendus, et les projections doivent être remises à leur place : c'est la douleur des adultes qui doit être traitée, et non pas l'enfant qui doit être « mis en psychothérapie » par principe. Si certains enfants se révoltent ou s'opposent, d'autres se soumettent à ce qui n'est qu'une autre forme d'abus ;
- l'enfant est perçu par ses parents comme bien portant alors qu'il souffre de symptômes post-traumatiques pouvant aller jusqu'à des tentatives de suicide ou des scarifications cachées. Il s'agit d'un déni chez des parents ou des intervenants culpabilisés de ne pas savoir protéger l'enfant dont ils ont la charge. Un cercle vicieux s'installe : l'enfant protège les adultes en masquant sa souffrance, et se protège de l'agressivité de ces mêmes adultes qu'il ne peut démentir dans leur construction illusoire. Il est toujours nécessaire de procéder à une évaluation de l'enfant seul, en ne s'en tenant pas aux seuls discours des parents ou des intervenants, et ensuite de lever le déni des adultes ;
- l'enfant est amené manu militari par les institutions qui exigent la mise en thérapie obligatoire de l'enfant. L'inceste est alors comme une sorte de maladie en soi qui infecte l'enfant et dont il faudrait le traiter quasiment à son insu (comme les neuroleptiques que la famille met en cachette dans la soupe du grand paranoïaque délirant). L'évacuation de toute référence à la demande de l'enfant et/ou de sa famille est ici une violence institutionnelle à refuser.

S'il y a une prise en charge spécifique de l'inceste, il n'y a par contre aucune psychothérapie causale de ce psychotraumatisme particulier.

Aucune action de soin ne pourra effacer le fait que l'événement a eu lieu. Même le « non-lieu » judiciaire ou le « classement sans suite » n'annule rien. Il en restera toujours une trace ou une cicatrice, même si elle est niée ou refusée.

L'objectif de toute thérapie sera de penser/panser les blessures occasionnées par la rencontre effractante avec le réel de l'inceste, autrement dit d'accompagner le sujet pour qu'il retrouve sa liberté, se désaliène de la répétition mortifère, de la reviviscence qui le fige dans un temps traumatique.

Il peut retrouver une continuité passé-présent-avenir et rétablir les différences sujet/objet, fantasme/réalité.

Il peut réinvestir de nouveaux objets d'amour, loin du monde fait de perceptions hallucinatoires ou réelles qui ne rappellent que l'inceste.

Il peut également réanimer et réparer les instances psychiques détruites ou collabées par le traumatisme : narcissisme effondré face aux menaces réelles de mort, surmoi dévasté par l'expérience répétée des transgressions sexuelles parentales.

L'enfant peut dans l'espace de la thérapie ramasser les morceaux de son identité et commencer à renouer les fils cassés de sa vie.

Un point particulier est à souligner : l'enfant victime d'inceste risque d'être revictimisé par la parole. Parler n'est pas toujours bénéfique, ne permet pas toujours de soulager la souffrance ni de faire disparaître les symptômes. Parler c'est parfois revivre sur un mode traumatique un événement douloureux. La survie psychique de l'enfant est parfois en danger si on insiste et incite fortement l'enfant à répéter les propos en relation avec les actes incestueux.

Face à l'inceste, l'enfant a développé des stratégies de survie, dont le silence, la diversion, le secret, comme des attitudes analgiques face à la douleur mortifère. Il ne s'agit pas de les contrer inutilement.

L'inceste n'est pas une maladie qu'on diagnostique grâce aux symptômes présentés par l'enfant victime. L'inceste n'est pas une sorte de stigmatisme indélébile, de maladie incurable, qui transforme l'enfant en rescapé-témoin d'une catastrophe.

Il faut faire attention à ne pas transformer en « fétiche » le fait incestueux et à ruiner ainsi toute reconstruction psychothérapique de l'intimité psychique et de l'identité humaine hors inceste de l'enfant.

La psychothérapie signifie pour l'enfant la rencontre avec un adulte qui devrait incarner un Autre protecteur capable d'énoncer la loi sans se prendre pour la loi, c'est-à-dire de réaffirmer le lien d'appartenance à l'espèce humaine. □

Une clinique des pères incestueux

L. Massardier, psychiatre, membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru, lucmass@wanadoo.fr

Une clinique des pères incestueux existe-t-elle, et que peut-elle apporter aux médecins d'enfants ? En quoi une grille de lecture sur la psychopathologie de ces pères peut-elle permettre de mieux repérer les situations à risque, de mieux comprendre et de mieux soigner l'enfant ?

Volontaire ou non, la révélation de l'inceste par l'enfant vient faire éclater un

secret dont l'onde de choc ne cesse de se propager. C'est un théâtre d'affrontement, de règlements de compte, de doute qui s'ouvre. Sur ce terrain mouvant, le signalement est un acte lourd de conséquences, qui fait surgir sous la puissance du regard judiciaire les questions de placement, de séparation, de procès, de culpabilité. La qualité du soignant est déter-

minante pour soutenir l'enfant face à toutes les épreuves qui l'attendent. Le chemin du décollement de l'identité de victime, de la cicatrisation du trauma pour atteindre un nouvel équilibre est long. C'est l'alliance de toutes les disciplines humaines et sociales, médecine, droit, psychologie, protection de l'enfance, qui permettra de mettre en place l'accompagnement spécifique nécessaire. La connaissance de la clinique des pères incestueux est un outil supplémentaire qui s'insère dans ce corpus de savoir.

Ce regard clinique sur les auteurs s'est institué à partir de la rencontre avec certains pères des jeunes filles placées à la Maison d'accueil Jean-Bru, mais aussi avec des pères incarcérés en maisons d'arrêt, observation qui s'est poursuivie sur une période de seize ans. C'est avec Claude Balier qu'est né un mouvement de recherche psychodynamique dans les prisons sur la question de la perversion et du passage à l'acte sexuel transgressif. Le cadre carcéral, en protégeant le soignant de la peur d'une récidive immédiate, a permis de rencontrer cette population inconnue jusque-là, les sujets transgressifs ne consultant généralement pas sans y avoir été obligés. A partir de cette étude s'est élaborée une représentation du sens de l'inceste dans ces parcours de vie toujours marqués par la confusion et l'angoisse identitaire.

PROBLÈME DE TYPOLOGIE, CLIVAGE ET DÉNI

Bien qu'il n'y ait pas de typologie exhaustive, car tous les cas d'inceste sont particuliers, trouve-t-on, derrière ces différences, des invariants constitutifs d'un modèle type ? Du fait d'une trop grande hétérogénéité des origines psychosociales, ce modèle n'existe pas dans la réalité clinique. En revanche, on retrouve au niveau de la psychopathologie un trouble spécifique de la personnalité, marquée par le recours massif à des mécanismes de défense, tenant à la fois à la perversion, dans sa dimension psychopathique du passage à l'acte, et aux mécanismes plus psychotiques du déni et du clivage.

Le clivage permet de fonctionner simultanément dans des registres identitaires et comportementaux totalement opposés, voire antinomiques. Cette dissociation conduit le père à se dédoubler sans pouvoir se reconnaître un, unifié dans une seule identité. Ses « doubles » coexistent dans une sorte d'arrangement prépsychotique lui permettant de sauvegarder sa confiance en lui. L'enfant victime n'est pas identifié comme différent de lui. Issu de sa chair, il lui est en tout point pareil. Ce déni de l'altérité est entretenu par les bénéfices secondaires qui en découlent, comme la soumission de l'enfant à son emprise sexuelle. Au-delà de ce scénario, le déni concerne aussi la différence des générations et des sexes. Pathognomonique des agresseurs sexuels d'enfants, ce déni leur assène la conviction de la légitimité de leur amour en leur permettant de redevenir eux-mêmes des enfants dans leurs jeux sexuels déviants.

PRÉSENTATION

La plupart de ces pères ont un niveau d'insertion socioprofessionnelle et familiale de bonne qualité et ne présentent pas de symptomatologie psychiatrique manifeste. Ils sont mariés et ont généralement plusieurs enfants (trois en moyenne). Une faible minorité entre dans le cadre des sujets carencés, alliant misère socioéconomique et alcoolisme. Dans plus de 80 % des cas, la victime a moins de dix ans et les faits se sont étalés sur une période moyenne de trois ans. Il existe aussi des incestes sur des grandes adolescentes. Plus la victime est jeune, plus les troubles de l'identité du père sont profonds, mais, quel que soit l'âge, on retrouve toujours la même distorsion du lien de parenté sur un fond d'immaturation psychosexuelle. Le taux de récidive est très bas, mais existe néanmoins sur la génération suivante, avec 3 % de grands-pères qui ont récidivé sur leurs petits-enfants.

La dénonciation, le soulagement de l'arrestation

Derrière l'apparente normalité de ces

pères incestueux, nous entrons déjà dans la complexité de leur fonctionnement psychique à propos de l'origine du signalement judiciaire. Ils disent ne pas très bien savoir, ne pas en être préoccupés, et, fait plus troublant, s'ils contestent l'accusation, ils ne se révoltent pas contre leur incarcération. Tous au contraire parlent de leur soulagement d'avoir été arrêtés. Pour douloureuse qu'elle soit, la prison a au moins le mérite de mettre un terme à des agissements qu'ils savaient confusément anormaux et interdits. Elle a le mérite de stopper les actes et de soulager la conscience, avec la conviction que « maintenant, c'est fini, que ça ne recommencera plus », mais, derrière ces mots répétés, il y a avant tout l'obsession d'eux-mêmes.

La dissociation entre la reconnaissance des faits et celle de la victime

Cette reconnaissance est pour nous la capacité du sujet de se décoller de lui-même pour chercher les mots à mettre sur cette histoire, de son côté et de celui de l'enfant. L'évocation des faits est toujours évitée, fragmentaire, avec une grande pauvreté des associations et une absence de mots pour parler de la sexualité.

Mais, au-delà de la reconnaissance des faits, la reconnaissance de l'enfant victime est toujours partielle, clivée, avec une inversion de la victimité sur eux-mêmes, ouvrant sur un discours auto-centré autour de la plainte contre leur épouse, contre leur enfance, contre eux-mêmes.

L'enfant objet transitionnel : psychopathologie des pères

Quelle place l'enfant prend-il dans la psyché du père ? Comment le sexuel a-t-il pu s'imposer dans la relation ? Nous ne savons que ce que les pères veulent bien nous en dire. Réveillant sa nostalgie d'un amour maternel primitif qui lui a fait défaut, le père investit l'enfant d'une fonction qui va au-delà de sa simple condition. Il lui confère une fonction de bon objet réparateur qui le place en situation de soignant du père.

D'enfant, il devient alors l'objet-médicalement tendrement aimé qui rassure le père, sorte de poupée docile et protectrice réactualisant l'objet transitionnel rassurant et disparu.

A l'opposé, certains pères (très minoritaires) ne projettent sur la victime qu'une agressivité accumulée depuis toujours et la réduisent au statut d'objet sexuel, sans scrupules ni arrière-pensées, convaincus de leur bon droit de mâle dominant.

Les antécédents familiaux dans l'enfance de ces pères

Qui étaient ces pères aux yeux de leurs propres parents. La réponse est toujours douloureuse, colorée de regrets, de manques, de mal-être. Les carences et les distorsions affectives et éducatives sont la règle, à des degrés différents. Le personnage qui les a fait le plus souffrir est, sans conteste, leur propre père. Son absence fait écho à sa violence, à son désintérêt, à sa sévérité. Effrayant et confusionnant, il reste le personnage central des revendications, celui qui ne leur a jamais fait confiance.

Quant à leur mère, elle est toujours évoquée de façon ambivalente, réveillant des associations conflictuelles d'abandon, d'irresponsabilité, de soumission à la violence paternelle, de sacrifice, de complicité ou d'absence. Ces souffrances ont fait naître une idéalisation de la fonction parentale, avec le désir forcé de faire mieux, de tout faire pour leurs futurs enfants. Ils ont tous, ou presque, effectivement surinvesti leur fonction paternelle : ils ont assisté aux accouchements, donné les soins aux bébés, suivi les devoirs scolaires, mais leur engagement dans le processus de parentalité a échoué, dans la mesure où l'enfant n'a pas été reconnu comme distinct d'eux, mais utilisé comme objet réparateur de leur propre incomplétude.

Le leitmotiv de l'insatisfaction conjugale : une épouse idéalisée, pas assez maternante

La vie sexuelle conjugale décrite est d'une grande banalité. La normalité des pratiques hétérosexuelles et la fidélité

conjugale sont exprimées avec force. Ces affirmations sont cependant contredites dans la réalité par l'existence même de l'inceste, fruit de cette impossible entente conjugale. Il ne peut y avoir de complémentarité dans le couple où le père ne prend pas une place virile d'époux, mais adopte une position passive infantile devant une épouse réduite à son unique fonction maternelle.

L'idéalisation et les reproches à l'épouse

La maternité a donné à l'épouse un caractère « sacré » qui éloigne le père de sa sexualité et le maintient dans une position passive infantile. Le père demande avant tout à son épouse de les mater, lui et ses enfants. Si elle ne le contente pas, fusent alors les revendications contre la mauvaise mère justifiant les rapprochés incestueux avec l'enfant. Il n'en demeure pas moins une estime, un respect, voire une idéalisation de cette bonne-mauvaise mère-épouse. Cette ambivalence procède du clivage et du déni qui ont toujours englué ces pères dans la confusion conjugale.

Le déni de l'infidélité conjugale

La recherche de relation extraconjugale n'a jamais été envisagée, même dans les cas où l'épouse refusait toute sexualité. Si la question est posée à ces pères, elle soulève indignation et exaspération. Cette fidélité conjugale « à toute épreuve », contemporaine des relations sexuelles avec l'enfant, ne suscite pas de doute et de remise en question de leur engagement marital. Si insatisfaisante qu'elle soit, elle les conforte dans leur inhibition phallique qui les protège de toute recherche d'une autre femme. Ils ont alors ce délire de continuer de croire qu'ils ne la trompent pas. La confusion qui les caractérise se continue par le déplacement du sexuel sur l'enfant, comme dans un continuum imaginaire où il n'y aurait pas de différence entre l'épouse et l'enfant.

La cécité de la mère non protectrice

A de très rares exceptions près, cette question n'est jamais abordée par ces pères qui veulent croire que, si leur femme n'a rien dit, c'est qu'elle n'en a rien su. Leurs stratégies de cachette et de secret

ont été efficaces, puisque l'inceste a pu durer des années. On retrouve là encore cette position infantile qui se contente du « pas vu, pas pris » et permet le maintien du mensonge et de l'imposture.

Dans les rares cas où l'épouse avait surpris les attouchements incestueux, les pères lui sont reconnaissants d'être intervenue sans avoir porté plainte. Tous disent alors avoir cessé leurs agissements, un temps. Le temps nécessaire à ce que la méfiance s'estompe, jusqu'à ce que l'inceste reprenne dans un secret encore plus protégé.

Les antécédents d'agression sexuelle dans l'enfance par un pédophile

Si aucun de ces pères n'a été lui-même victime d'inceste, on retrouve dans moins de 15 % des cas des antécédents d'agressions sexuelles par un pédophile pendant leur enfance. Ces attouchements ne sont cependant pas utilisés pour justifier leur propre déviance. Ces jeux sexuels étaient consentis comme une valorisation d'eux-mêmes par un adulte, et ils y retrouvaient une excitation qui comblait la curiosité de leur libido naissante. Ce consentement de l'époque de leur enfance viendra étayer la thèse du consentement de leur propre victime, toujours perçue à travers le filtre de leur indifférenciation et du double.

La rengaine du consentement de l'enfant victime

Le consentement est toujours mis en avant de façon systématique : « si elle avait crié, je n'aurais pas insisté ». La sincérité de cet aveu ne peut être mise en doute, mais elle signe bien l'impossible accès à l'altérité. Longtemps après les faits, c'est toujours le même leitmotiv : « si elle s'était défendue, je n'aurais pas continué, je ne l'aurais pas fait. Pourquoi n'a-t-elle rien dit... elle seule aurait pu m'arrêter... ».

Ils croient sincèrement à cette construction du consentement. L'absence de réaction de défense de l'enfant est interprétée comme signe de cette alliance « unique ». La peur, la sidération, la honte de l'enfant victime ne sont jamais

reconnues comme des facteurs empêchant l'enfant de se défendre.

La participation de l'enfant au secret

Elle relève du même délire d'interprétation. Dans ce retour régressif à son statut d'enfant, le père joue avec son enfant un jeu de séduction et d'emprise, où l'injonction au secret est imposée comme la garantie de « leur amour et de la tranquillité de la famille ». L'enfant qui ne dit rien est perçu comme complice, même si le secret est « monnayé » par les bénéfices secondaires accordés (cadeaux, permissivité). Au-delà de sa fonction de protection, l'injonction au secret conduit aussi à l'injonction au déni de l'acte. « Personne n'a rien dit, il ne s'est rien passé... ». La force de cette emprise perverse est de jeter un voile de confusion sur la réalité même des actes, ce qui conforte la confusion de la participation au secret, des deux côtés.

Mort subite du nourrisson d'un premier enfant

Dans moins de 10 % des cas, le couple a vécu le drame d'un décès « inexplicable » d'un premier enfant. Dans ces rares cas, les pères, décrits comme déjà hyper-anxieux, ont vécu cette mort comme une catastrophe anéantissant tous leurs rêves de fonder une « superfamille ». Cette mort inexplicable va alimenter leur culpabilité et la revendication contre l'épouse, et infiltrer d'angoisse la relation à l'enfant suivant. La fusion observée visera alors à contenir et maîtriser cette terreur par des rapprochés de plus en plus vitaux et incestueux.

La place du sexuel dans l'inceste

Seulement 10 à 15 % des pères reconnaissent avoir recherché avant tout leur plaisir sexuel dans l'inceste. Ce déni du sexuel pour tous les autres pose la question de sa place dans le scénario incestueux.

Recherche du plaisir sexuel avec l'enfant prépubère : l'alibi de l'éducation sexuelle

L'utilisation de l'enfant comme pur objet sexuel est rarissime. Nous l'avons re-

trouvée cependant dans deux types de situations.

Une, paradigmatique de la perte des pères culturels et de la misère socioéconomique, dans un contexte de marginalisation et d'alcoolisation chronique. L'inceste est vécu comme la simple expression de la domination masculine sur le genre féminin. L'inceste (garçon ou fille) n'est qu'un avatar de plus dans une existence commune marquée depuis toujours par les épreuves et les injustices.

L'autre situation est celle où l'enfant objet sexuel est aussi objet d'amour. Le contexte demeure celui de la mésentente parentale avec absence de vie sexuelle. L'érotisation des soins à l'enfant se fait alors avec l'alibi de son éducation sexuelle. Chez ces pères, nous avons retrouvé des antécédents d'agressions sexuelles par un pédophile. L'un d'eux s'était engagé, antérieurement à l'inceste, dans des pratiques sexuelles extrêmes mêlant échangisme, sadomasochisme, exhibitionnisme et voyeurisme.

Le plaisir avec victime adolescente : confusion avec l'épouse

Lorsque la victime est une grande adolescente, elle est perçue comme le substitut de l'épouse rejetante ou disparue, avec comme toile de fond le déni de la différence des générations. La fille prend « naturellement » la place de l'épouse, soit dans l'émerveillement amoureux du père séduit, heureux de retrouver l'épouse jeune, soit dans l'exigence sexuelle d'un homme fruste, machiste, frustré par l'abandon de son épouse.

Le déni du sexuel

La majorité des pères ne reconnaissent pas la place du sexuel dans leur inceste. L'érotisation n'est jamais décrite comme initiale, mais toujours comme « accidentelle », secondaire, conséquence « imprévue » de la relation « d'amour unique » avec leur fille. Au cœur de ces tableaux cliniques, la psychopathologie s'articule souvent aux frontières de la psychose, avec une altération grave du narcissisme primaire et la persistance d'un noyau d'indifférenciation. La prévalence de la pulsion d'emprise et des mécanismes de déni et de clivage viendra entretenir cet-

te désorientation. Le besoin initial de reconnaissance n'ayant pas été comblé, ces hommes le recherchent et croient le trouver dans la mise en scénario de leur fantasme de toute-puissance en remplissant alors tous les rôles, d'épouse, d'enfant, de père, de mère, de mari.

Le maternage déviant du père « amoureux » : la désorientation identitaire, « je n'étais plus moi, j'étais ma fille, j'étais ma femme... »

La sexualisation est intimement liée à un désir-délire de fusion avec l'enfant, dans une relation totalitaire visant à annuler l'angoisse d'insatisfaction psychotique initialement présente chez ce type de pères. L'enfant est perçu comme un complément d'objet apte à combler leur faille narcissique primaire. Le plaisir tourne autour du maternage de l'enfant, dans une grande confusion des places, où le sujet ne sait plus qui est qui, qui maternelle qui. Les rapprochés se font dans un contexte de grande tendresse, de grande intimité, où l'enfant et le père deviennent tour à tour et simultanément celui qu'il faut soigner, consoler, chérir. Amour excessif, amour paranoïaque, il entraîne la confusion. L'enfant est le double de ces pères, mais aussi leur propre mère, leur épouse, eux-mêmes, leur poupée. Il n'y a plus de différence des générations et des sexes, mais seulement l'affirmation de la pureté de leur amour. L'inceste les terrorise mais les protège de leur angoisse de la folie, de la mort. Pères excessifs, dans leur présentation, leur avidité de contact, de réassurance, toujours dans la demande, toujours sur le qui-vive. L'angoisse est massive, rattachée aux terreurs infantiles, à la culpabilité, à l'insatisfaction, à la honte. Face à cet enfer, l'enfant est vécu comme un refuge inespéré, salvateur, total. L'érotisation de la relation apparaît alors comme secondaire à ces rapprochés fusionnels désespérés dans l'illusion d'un amour paternel grandiose.

Le père immature séduit

L'intensité de la relation à l'enfant victime n'a pas ce caractère excessif du père paranoïaque. La séduction par l'enfant vient cependant amener les mêmes

rapprochés maternants, toujours dans le même contexte étiologique du manque d'assurance.

La confrontation au sexuel

Au-delà de ce déni du sexuel dans leur maternage déviant, quand le sexe a enflé, qu'il y a eu pénétration, éjaculation, se pose bien alors dans le réel la question de la place du sexuel dans leur scénario. Là encore on observe deux types de réaction.

La réaction la plus fréquente est celle de la panique. L'orgasme vient ramener à la conscience la monstruosité de ce qui se passe, comme si l'auteur découvrait d'un coup toute la folie de l'acte. L'idylle vient s'entacher de culpabilité. Cette terreur ne peut se verbaliser que dans le besoin immédiat de son effacement, dans l'injonction au silence et au secret. Chacun retourne alors de son côté, faisant tout pour éviter l'autre. Pour le père, la reprise de la vie sexuelle conjugale participe de cette tentative d'annulation de l'inceste. Mais cela ne peut pas durer. Avec le temps, le silence de l'enfant va être interprété comme une nouvelle preuve de son consentement et comme un appel à retrouver leur promiscuité, et très vite, en quelques semaines, le scénario incestueux va se répéter.

L'autre type de réaction après l'orgasme, beaucoup plus rare, est celle de la détente et de l'apaisement, loin de toute attaque de panique. Ce plaisir du bien-être « après l'amour » se retrouve chez les hommes frustes et machistes. Nous l'avons aussi rencontré chez ce père amoureux de sa fille, grande adolescente « tout le portrait de sa mère ». Le père retrouvait alors la satisfaction ressentie jeune homme avec son épouse jeune mariée. Enfin, nous avons retrouvé cette tranquillité chez un homme qui imposait d'innombrables déviances sexuelles à sa petite fille de dix ans et qui était rassuré après l'orgasme, parce qu'il y avait eu de « l'affection entre eux ».

La répétition du sexuel

Le problème du déni du sexuel demeure néanmoins. Comment ces pères qui se sont laissé prendre à l'érotisation de leur

tendresse régressive peuvent-ils rendre compte de la répétition incestueuse ? Qu'en est-il de la place du sexuel dans les passages à l'acte suivants ? Ils connaissent les risques, ils les reconnaissent. Là encore apparaît toujours le même scénario. « La petite n'a pas crié, elle s'est laissé faire ». Il ne lui voulait pas de mal, au contraire ; tout s'est passé dans un grand élan de tendresse. Il semble alors qu'il y a un délire d'annulation, sorte de rationalisme morbide sous-tendu par l'idéal d'amour pour l'enfant, un délire d'interprétation du consentement de l'enfant. Elle ne l'a dit à personne. Elle ne s'est pas plainte. Elle ne le fuit pas, reste à ses côtés, demeure agressive avec sa mère, etc. Dans ce déni de réalité, ce qui s'est passé devient incertain, le doute s'installe, ouvrant la voie à la répétition.

La confusion du lien à l'enfant victime

Les pères parlent de l'indicible des actes mais aussi de la nature même de leur amour pour l'enfant. Bien sûr il ne s'agit là que des témoignages des pères amoureux séducteurs qui se sont engagés sur la durée dans un travail psychothérapique sur eux-mêmes.

Ce type de père, libidinalement investi de toute-puissance, est celui qui a conçu l'enfant ; il est son créateur. C'est un lien de chair, de sang qui les unit, un refuge idéal, loin de la réalité d'un lien de filiation structuré. L'attachement à l'enfant fétiche n'est qu'un retournement vers soi, une réparation narcissique qui sauve le père d'un naufrage existentiel depuis longtemps présent.

Suite au dévoilement et à la judiciarisation, le discours sur l'enfant tenu dans la prison reste dans le même registre de l'indifférenciation. Après avoir été leur sauveur pendant l'inceste, la victime devient, après le scandale du procès, celle qu'ils ont sacrifiée, qui ne s'en sortira pas, qui sera stigmatisée à vie, condamnée comme eux à l'irréparable d'un traumatisme dont ils sont tous deux victimes.

Cette configuration psychopathologique va être soit renforcée, soit contenue par l'épouse réelle. Si celle-ci est suffisamment bonne mère et bonne

épouse, elle pourra contrecarrer le manque du père et protéger son enfant. Si elle est elle-même en difficulté narcissique, elle va alors participer de sa place au naufrage incestueux de la famille, ne voyant pas ou ne voulant pas voir ce maternage déviant pervers.

L'angoisse et la culpabilité

L'angoisse ne naît pas de l'intériorisation du traumatisme vécu par l'enfant ; il s'agit de l'angoisse initiale du père de ne pas être reconnu à sa valeur par ses propres parents. La folie, c'est de ne pouvoir trouver cette reconnaissance que dans les bras de l'enfant victime. L'idéalisation de la relation incestueuse n'empêche cependant pas un vécu d'insécurité permanent, lié à la peur du dévoilement. Même si l'anormalité de l'inceste n'est qu'une représentation fugitive, les remparts mis en place sont fragiles. L'impossibilité de s'en libérer est structurelle. Se pose alors la question de la fonction de l'inceste comme barrage contre l'effondrement dépressif et de sa place dans la résistance au passage à l'acte suicidaire ou à l'homicide familial altruiste.

La culpabilité n'est dans tous les cas que de l'ordre de la blessure narcissique, celle de la prison, celle de l'atteinte à leur image, celle « d'avoir fait ça », celle de s'être fait prendre comme un pervers, un pédophile.

L'évolution des représentations au fil de l'incarcération montre à quel point ces pères sont en difficulté pour se détacher de l'image de l'enfant toujours idéalisé. Celui-ci reste figé dans un nouveau statut, celui désormais de la victime éternelle. Cette représentation retarde beaucoup toute élaboration et reconnaissance du vécu de l'enfant réel. L'image gardée est souvent celle de l'enfant au moment des faits. Ne l'ayant pas vu grandir, ils l'imaginent toujours comme il était du temps de leur inceste.

CONCLUSION

Si le désir n'est pas « de coucher avec mais de se coucher contre », de retrouver avec l'enfant un sentiment de complétude et d'amour de soi qui leur a été

interdit jusque-là, ces pères ont une image à la fois grandiose et totalement dévalorisée d'eux-mêmes. La thérapie passe par un travail de guidance et de reconstruction narcissique dans lequel il importe de réinjecter de la réalité sur le devenir de l'enfant réel. La nécessité de séparer l'enfant de l'emprise du père lors de la révélation s'impose comme une évidence. Mais, comme toutes les évidences, elle doit être interrogée à l'aune de sa temporalité et de ses objectifs. La sanction et l'exclusion du coupable ne peuvent à elles seules effacer le traumatisme, ni chez l'enfant, ni chez le père. Ces mesures doivent correspondre à des

indications précises et réévaluées au fil des événements qui jalonnent la vie de la famille. Les représentations des intervenants sur ce devenir des liens familiaux après la judiciarisation sont souvent teintées d'idéologie ou de cultures professionnelles qui risquent de prendre le pas sur la réalité de l'évolution de l'enfant et du père. Il n'appartient à personne de se substituer à eux pour décider à leur place ce qu'ils veulent faire. Mais il incombe à chaque professionnel de s'engager dans une relation de reconnaissance de la complexité des enjeux en cours pour soutenir les processus de vie et de restauration. □

lui-ci n'existe que dans sa fonction de complément d'objet narcissique, indistinct d'elles-mêmes et leur appartenant corps et âme. L'enfant n'est pas reconnu dans sa dimension de sujet humain, différencié et fils du père. La triangulation à la base du processus de séparation-individuation a été barrée d'emblée par ces femmes qui n'ont que leur enfant comme arrimage au réel. Le père est éliminé, comme tout tiers extérieur, dans cette dyade où la mère et l'enfant ne forment qu'une même identité. Pour la mère, la sexualité imposée à l'enfant est une forme de réincorporation de ce double d'elle-même, qui la protège de son propre anéantissement en maintenant l'enfant à l'intérieur d'elle-même. L'enfant ne sert qu'à combler une béance sans fond. Coucher avec lui, le masturber, l'enlacer, le vampiriser sans fin revient à nier son existence dans un délire de similitude et d'infini.

Et l'inceste maternel ?

L. Massardier, psychiatre, membre du conseil d'orientation scientifique et technique de l'Association Docteurs Bru, lucmass@wanadoo.fr

La prévalence des incestes judiciarisés donne à croire qu'il n'y aurait que les pères qui incestent leurs enfants. Or la clinique nous montre que l'inceste maternel existe bel et bien, mais qu'il est très largement sous-estimé.

Ce refus de l'opinion publique de croire à son existence fait écho au mythe de l'idéal de l'amour maternel, qui ne saurait être que protecteur. Or tout amour peut être perverti, même celui d'une mère. Cette sous-estimation est encore renforcée par un autre mythe, celui de l'interdit de l'inceste. Celui-ci n'engage que les fils à se soustraire à l'attraction maternelle pour aller chercher épouse en dehors du clan familial. Ce devoir d'exogamie imposé par le père tout-puissant de *Totem et tabou* ne s'impose qu'au garçon, comme s'il n'était pas imaginable que la mère puisse être celle qui retient le fils dans sa couche.

Une autre représentation vient renforcer ce déni de l'inceste maternel, celle de la primauté du génital, qui réduit l'inceste à la seule excitation sexuelle et à sa satisfaction. Dès lors, l'inceste mère-fils ne pourrait exister sans le consentement et la participation active du garçon. Selon

cette représentation sexologique, la mère ne pourrait donc pas être coupable de ce crime, qui redeviendrait celui du garçon. Cela écarte d'emblée toute la psychopathologie identitaire qui sous-tend ces incestes maternels, notamment sur leurs filles ou sur des enfants très jeunes, voire sur des bébés.

Tous ces facteurs se combinent pour ériger un déni social de ce phénomène qui touche au tabou. Les études cliniques manquent et la littérature sur ce sujet reste encore bien en deçà de celles concernant l'inceste paternel, qui est lui largement médiatisé et judiciarisé. Nous pouvons cependant, très schématiquement, évoquer plusieurs types d'inceste maternel : l'inceste sexualisé de mères symbiotiques psychotiques, l'étouffement incestuel de l'enfant et l'instrumentalisation érotisée de l'enfant.

LES MÈRES PSYCHOTIQUES

Certaines mères psychotiques restent perdues dans la confusion de la toute-puissance d'une relation fusionnelle symbiotique utilisant de façon directement sexuée le corps de leur enfant. Ce-

LES MÈRES INCESTUELLES

Ce néologisme de P.C. Racamier fait référence à un autre dysfonctionnement maternel, qui ne va pas jusqu'à l'acte directement sexuel mais qui maintient l'enfant dans une relation de dépendance culpabilisée à une mère toute-puissante, sorte de prolongation sans fin de la relation fusionnelle initiale. Là aussi l'éviction du père permet de maintenir l'enfant sous l'emprise maternelle et dans le déni de son altérité. Il s'agit d'un inceste psychique, où la dyade mère-enfant reste close et où aucun tiers ne saurait prendre place. L'enfant est seul capable de protéger ces mères de leur angoisse de séparation, et elles sont dans l'incapacité structurelle de le laisser s'autonomiser, y compris dans l'intime de leur maturation psychosexuelle.

LES MÈRES INSTRUMENTALISANT L'ENFANT

Beaucoup plus nombreuses sont celles qui utilisent l'enfant comme un objet, servant un intérêt immédiat.

Les mères qui maintiennent l'enfant dans leur lit

Pour se protéger du conjoint et/ou des failles de leur identité féminine, de très nombreuses mères maintiennent l'enfant dans leur couche pendant des années, parfois même jusqu'à l'adolescence et au-delà. L'enfant sert de rempart à leur angoisse, et elles n'imaginent même pas qu'il puisse en être autrement. Incapables de mettre des limites et de poser un interdit, elles n'en comprennent pas l'utilité, puisque tous les deux dorment mieux ainsi...

Ces enfants qui continuent de coucher dans le lit maternel sont légion. Et l'opinion ne s'en émeut pas. Cela renvoie, une fois encore, aux représentations culturelles selon lesquelles l'intimité des relations entre une mère et son enfant sont choses naturelles.

Les mères qui accusent le père d'agressions sexuelles sur l'enfant

Lors d'un désaccord autour de la garde des enfants, la mère accusera facilement le père d'attouchements incestueux, alors que la justice n'est quasiment jamais saisie pour les mères qui laissent coucher éternellement l'enfant dans leur lit. Il y a des caresses qu'une mère peut faire et qui sont interdites au père, et qui lui vaudront des inculpations d'agression sexuelle dans un chantage de fausses allégations pour l'éliminer. Ces menaces non seulement mettent l'enfant dans un conflit de loyauté vis-à-vis de ses parents, mais le confrontent aussi

brutalement à la sexualité adulte en le désignant comme objet sexuel potentiel. Cette instrumentalisation de l'inceste à des fins judiciaires utilitaires n'est-elle pas prémisses à une confusion identitaire, instillant insidieusement dans la psyché immature de l'enfant des questions sans réponses sur son statut de victime et son orientation sexuelle ?

Les mères impudiques, exhibitionnistes

Bien d'autres mères, soit par immaturité, soit par négligence ou par ignorance, étalent au grand jour à la maison, devant tout le monde, leurs relations ou déviances sexuelles, sans pudeur et sans respect pour l'intime de l'enfant. D'autres encore se promènent toujours plus ou moins nues devant lui et continuent d'entretenir des rapprochés et des jeux impudiques sans se rendre compte qu'il a grandi et que cela peut le perturber. Que dire également de ces femmes qui transforment leurs filles en Lolitas, exacerbant leur pouvoir de séduction par des tenues vestimentaires servant à flatter leur propre exhibitionnisme.

Il ne s'agit pas là de comportements ouvertement incestueux, mais cette érotisation précoce pose la question de la distance psychique nécessaire à l'épanouissement de la sexualité de l'enfant. La trop grande proximité de la sexualité maternelle crée en filigrane un contexte d'insécurité pour l'enfant, qui ne saura pas toujours s'en détacher. Dans tous les cas, l'enfant, garçon ou fille, est pris dans les mailles d'un filet qui fait traumatisme.

CONSÉQUENCES CLINIQUES

Si nous n'avons pas rencontré de mères directement incestueuses, nous avons en revanche les témoignages de leurs enfants.

Dans les CMP, nous rencontrons plutôt des mères incestuelles, dont les « petits » ne peuvent quitter la couche. La plupart d'entre eux présentent des retards d'acquisitions, des troubles des conduites. Même constat clinique pour les adolescents qui restent collés à leurs mères, qui se vautrent sur elles pendant la consultation. Ils sont à un carrefour où les structures qui se dessinent sont celles du handicap avec déficience intellectuelle, de personnalité dyssociale ou psychotique, de dépendance avec des symptômes anxio-dépressifs et d'hyperactivité.

Dans les prisons, nous les retrouvons adultes. Victime de l'inceste maternel deux jeunes hommes sont devenus pédophiles, un troisième psychotique et agresseur sexuel de femmes adultes. Un autre jeune homme, homosexuel refoulé et obsessionnel, était devenu terroriste d'extrême-droite, et enfin un dernier, manifestement schizophrène, avait finalement tué celle qui l'avait tant aimé.

Ces tableaux cliniques prouvent bien la gravité de l'impact de ce lien incestueux maternel, qui dans aucun des cas n'avait été soupçonné, dénoncé et judiciairisé. □

13^e COLLOQUE DE LA SOCIÉTÉ MÉDECINE ET PSYCHANALYSE - 13-15 JANVIER 2012

Entre autorité et incertitude : moments critiques Que reste-t-il de la relation médecin-malade ?

La multiplicité des instances qui, aujourd'hui, prétendent réguler la pratique médicale et, à plus d'un titre, la pratique psychanalytique, fait contraste avec l'incertitude inhérente à l'exercice clinique. Au-delà des progrès du savoir et d'un consensus idéalisé, les acteurs de la santé sont confrontés à la complexité des situations, côté soignants et côté soignés. Les conférences de consensus, les recommandations de bonnes pratiques, les démarches d'évaluation se présentent comme des entraves à la pensée et à la prise en compte de la singularité. Aussi, le temps indispensable à la relation devient-il dévalorisé et délaissé. Si l'incertitude côtoie souvent la technicité et la scientificité de la médecine, n'est-elle pas la contrepartie inattendue des demandes de performance et des preuves d'efficacité adressées à la psychanalyse et à la médecine ?

Un champ de réflexions balisé par l'autorité et l'incertitude nourrira ce 13^e colloque pluridisciplinaire de la SMP.

Renseignements : Agnès Cousin, tél. 09 52 10 39 54, agnes.cousin@medpsych.org, et sur le site de la SMP : www.medpsych.org