

OCTOBRE 2015

Revue du Secteur des Sciences de la Santé de l'UCL

HORS-SÉRIE



**Louvain
édical**

**XIXe symposium du Centre
de Pathologie Sexuelle Masculine (CPSM)
samedi 17 octobre 2015**

**Les séquelles physiques
et fonctionnelles des abus sexuels**

Coordonnateur : R.J. Opsomer

COMITÉ D'HONNEUR

J. MELIN

► Vice-recteur du Secteur des Sciences de la Santé

D. VANPEE

► Doyen de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire

PH. HAINAUT, C. LIETAER, A. PASQUET,

G. RICHARD, E. SCHRÖDER

► Bureau de la Commission d'Enseignement Continu

M. BUYSSCHAERT

► Président par intérim de l'AMA-UCL

J.M. LACHAPPELLE, A. SIMONART †,

M. DEVISSCHER † et J. CRABBE †,

► anciens directeurs de la Revue

M. BUYSSCHAERT, J. PRIGNOT † et C. HARVENGT †

► anciens rédacteurs en chef de Louvain Médical

S. GRANDJEAN

► Président du Cercle Médical St-Luc

RÉDACTION

Rédacteur en chef

► C. HERMANS

Rédacteur en chef adjoint

► A. PASQUET

Comité éditorial :

► C. HERMANS, M. BUYSSCHAERT,

O.S. DESCAMPS, J.P. FELIX, I. ISTASSE,

J.M. MALOTEUX, A. PASQUET,

D. VANTHUYNE

Comité de lecture :

► M. BUYSSCHAERT M.P. HERMANS E. SOKAL

B. BOLAND F. HOUSIAU C. SWINE

Y. BOUTSEN J. JAMART D. TENNSTEDT

CH. BROHET P. LALOIX J.P. THISSEN

E. COCHE M. LAMBERT B. TOMBAL

I. COLIN J. LEBACQ D. VANPEE

CH. DAUMERIE B. LENGELÉ D. VANTHUYNE

L. DELAUNOIS, J. LONGUEVILLE G. VERELLEN

O. DESCAMPS A. LUTS J.C. YOMBI

O. DEVUYST D. MAITER

S.N. DIOP J.M. MALOTEUX

J. DONCKIER L. MAROT

A. FERRANT J.L. MEDINA

J.L. GALA D. MOULIN

A. GEUBEL R. OPSOMER

P. GIANELLO D. PESTIAUX

M. GRAF V. PREUMONT

PH. HANTSON C. REYNAERT

V. HAUFROID PH. SELVAIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. BUYSSCHAERT ► président

D. VANTHUYNE ► trésorier

O.S. DESCAMPS ► secrétaire

Administrateurs :

► O.S. DESCAMPS J. MELIN D. VANTHUYNE

D. DU BOULLAY R.J. OPSOMER FR. ZECH

C. HERMANS A. PASQUET S. GRANDJEAN.

M. LAMBERT D. VANPEE

ABONNEMENTS (DIX NUMÉROS PAR AN)

Il vous donne accès à la revue et au site Internet (login et mot de passe)

• Etudiants, jeunes promus, Maccs : 55€ TVAC

• Médecins : 110€ TVAC

COORDINATION DE L'ÉDITION

ISABELLE ISTASSE

► Louvain Médical asbl,

avenue E. Mounier 52/B1.52.14

1200 Bruxelles

Tél. 32 2 764.52.65 - Fax : 32 2 764.52.80

E-mail : isabelle.istasse@uclouvain.be

ING - IBAN : BE91 3100 3940 0476

BIC : BBRUBEBB

ISSN : 0024-6956

TVA BE 0445.001.455

CONSEILLERS EN STATISTIQUES

► J. Jamart, Fr. Zech

RÉGIE PUBLICITAIRE

JEAN-PIERRE FELIX ► Gsm : + 32 (0) 475 28.39.63

E-mail : jean.pierre.felix@skynet.be

Louvain Médical est également accessible sur l'internet

à l'adresse suivante :

www.louvainmedical.be

Les informations publiées dans Louvain Médical ne peuvent être reproduites par aucun procédé, en tout ou en partie, sans autorisation préalable écrite de la rédaction.

Un accès personnalisé est offert aux étudiants de master ainsi qu'aux assistants de 1^{er} et 2^e année.

ÉDITEUR RESPONSABLE

M. BUYSSCHAERT ► avenue E. Mounier 52/B1.52.14

1200 Bruxelles

COUVERTURE

Mikael Damkier - Fotolia.com

Bulletin mensuel du Secteur des Sciences de la Santé,
de l'Association des Médecins anciens étudiants,
du Cercle médical Saint-Luc et de la Commission
d'Enseignement Continu Universitaire

www.louvainmedical.be



Sommaire

Hors Série du Symposium du CPSM - 17 Octobre 2015

ÉDITORIAL

Les séquelles physiques et fonctionnelles des abus sexuels

R.J. Opsomer, coordonnateur du CPSM..... 1

ÉTAT DE LA QUESTION

L'abus sexuel : discussion de la définition, éléments de diagnostic et de prévention

P. Collart 3

1^E PARTIE : ASPECTS MÉDICAUX

Le secret dévoilé à l'occasion d'une consultation ou d'un examen diagnostique.....

Le point de vue gynécologique sur le diagnostic d'un abus sexuel en consultation

N. Michaux 12

Le point de vue des infirmières d'Urologie

F. Thuysbaert, S. van der Does, B. Leroy, A.F. Meurisse, R.J. Opsomer . 17

Le point de vue de la gastro-entérologue

M.A. Denis 22

L'expérience d'un médecin généraliste

A.F. Genotte 25

Sommaire

Hors Série du Symposium du CPSM - 17 Octobre 2015

2E PARTIE : QUELQUES PISTES DE PRISE EN CHARGE

Spécificités et mission de l'ASBL SOS Inceste Belgique L. Bruyère, S. Taïeb	31
Victimes d'agression sexuelle. Les ressources thérapeutiques des groupes de parole J. Roisin	36
La Thérapie Brève du Trauma: un point de vue hypnotique sur les séquelles d'abus sexuels A. Simon	49
La prise en charge kinésithérapique des patient(e)s victimes d'abus sexuels M. Hermant	55



LUC@RNE
VOIR SAINT-LUC À TRAVERS SA LUC@RNE

Lettre d'information à destination des médecins généralistes et spécialistes, la Luc@rne est une fenêtre sur l'actualité des Cliniques universitaires Saint-Luc. Innovations, projets de recherche et événements scientifiques y sont relatés à travers des articles rédigés en collaboration avec des spécialistes de Saint-Luc. La Luc@rne comprend également les comptes rendus des réunions avec des représentants des médecins généralistes, des vidéos et les nouveaux médecins engagés à Saint-Luc.

Pour recevoir la Luc@rne, envoyer un mail à communication-externe-saintluc@uclouvain.be

Résumés des articles

Hors Série du Symposium du CPSM - 17 Octobre 2015

ÉTAT DE LA QUESTION

L'ABUS SEXUEL : DISCUSSION DE LA DÉFINITION, ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ET DE PRÉVENTION

P. Collart

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 3-11

L'article aborde la définition de l'abus sexuel en développant la question du consentement, les actes composant l'abus sexuel et les processus impliqués dans l'abus sexuel, tant ce qui concerne les auteurs que les victimes. Dans un second temps, les conséquences psychologiques, psychosomatiques, physiques et physiologiques sont développées. Enfin, des éléments concernant la prévention des abus sexuels sont abordés.

1^E PARTIE : ASPECTS MÉDICAUX

LE POINT DE VUE GYNÉCOLOGIQUE SUR LE DIAGNOSTIC D'UN ABUS SEXUEL EN CONSULTATION

N. Michaux

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 12-16

Un abus sexuel entraîne des séquelles psychologiques, sociales et physiques chez la victime. Les séquelles physiques de la zone génitale peuvent être directes ou indirectes. Elles peuvent toucher le système urinaire, le système gynécologique ou le système digestif. Dans cet article, nous avons décrit les séquelles gynécologiques primaires et les séquelles gynécologiques secondaires, c'est-à-dire psychosomatiques, comprenant surtout les douleurs pelviennes chroniques qui sont distinguées des douleurs périnéales chroniques. Nous avons ensuite parcouru les situations cliniques dans lesquelles le gynécologue peut être confronté à une victime d'abus sexuel en consultation : lorsque l'abus sexuel est diagnostiqué par le praticien lui-même, lorsque le secret est révélé spontanément par la patiente au gynécologue ou bien lorsque celle-ci lui est adressée par le système judiciaire.

LE POINT DE VUE DES INFIRMIÈRES D'UROLOGIE

F. Thuysbaert, S. van der Does, B. Leroy, A.F. Meurisse et R.J. Opsomer

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 17-21

Les infirmières d'urologie sont souvent amenées à prendre en charge, lors d'examens techniques, des patients présentant des symptômes mictionnels et/ou sexuels complexes. À cette occasion, une histoire d'abus sexuels peut être révélée par le patient / la patiente. Comment aider ces patients et à qui faut-il les référer ?

LE POINT DE VUE DE LA GASTRO-ENTÉROLOGUE

M.A. Denis

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 22-24

Des antécédents d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés chez les patients consultant pour des plaintes digestives notamment des troubles fonctionnels intestinaux, de l'anisme ou des douleurs pelviennes chroniques. Même si le traumatisme n'est pas révélé par le patient, son histoire clinique et/ou son comportement peuvent attirer l'attention. Le rôle du médecin sera de reconnaître et de prendre en charge la plainte organique en évitant les gestes ou traitements intrusifs, et d'encourager une prise en charge psychologique même si elle peut ne pas être acceptée d'emblée.

L'EXPÉRIENCE D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

A.F. Gennotte

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 25-30

L'article présente une situation d'abus sexuels multiples chez des personnes porteuses d'un handicap mental ou physique en milieu institutionnel. Il aborde la problématique des conséquences délétères sur la santé à court et moyen terme des abus sexuels vécu dans l'enfance. Il termine en évoquant les challenges rencontrés pour le suivi médical au long cours des personnes adultes qui ont été abusées dans leur enfance et en particulier celles qui ont vécu l'inceste.

2E PARTIE : QUELQUES PISTES DE PRISE EN CHARGE

VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE. LES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DES GROUPES DE PAROLE

J. Roisin

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 36-48

L'auteur anime des groupes de parole pour femmes qui ont été victimes d'agression sexuelle (abus dans l'enfance ou viol). Dans cet article, il s'interroge sur les ressorts thérapeutiques propres à la mise en situation de groupe de victimes. Il présente ceux-ci à travers cinq propositions qu'il met en discussion.

1. L'adhésion à faire groupe recrée chez les participantes le sentiment d'appartenance à la communauté humaine que la violence ou la barbarie humaines avaient détruit.
2. Le groupe est le lieu approprié de paroles sur le lien social : sur les forces qui poussent au lien social ou à son contraire, la déliaison violente ou barbare du social.
3. Le caractère de similarité des traumatismes subis permet aux victimes un positionnement externe vis-à-vis de leurs semblables.
4. En favorisant les interactions entre les participantes, c'est la créativité et les ressources parfois ignorées du groupe qui se révèlent opérantes.
5. La confrontation aux différences favorise la prise en compte et la supportabilité des restes irréductibles issus des heurts de l'existence, sans lesquelles nul ne peut se mettre ou se remettre à vivre.

Cette analyse montre la convergence du travail de groupe et de l'impact traumatique propre aux victimes de violence, car tous deux concernent le ressort qui lie le sujet à l'Autre social : c'est lui que le travail de groupe mobilise et met en question, c'est lui qui, dans le cas des victimes de violence, est atteint au plus vif.

LA THÉRAPIE BRÈVE DU TRAUMA: UN POINT DE VUE HYPNOTIQUE SUR LES SÉQUELLES D'ABUS SEXUELS

A. Simon

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 49-54

Le contexte particulier des abus sexuels augmente majoritairement les symptômes post-traumatiques habituellement rencontrés dans la clinique. Cet état de fait appuie le besoin essentiel de soigner les patients qui souffrent de leur propre histoire dans un contexte sécuritaire et cadrant, avec des outils adaptés à cette problématique spécifique.

La Thérapie Brève du Trauma (TBT) est un outil de psychothérapie intégratif combinant hypnose conversationnelle et thérapie brève. Il permet de soigner les troubles émotionnels tels que les psychotraumatismes grâce à certains principes directeurs qui protègent le patient en respectant sa liberté.

Le présent article vise à décrire la formation des principaux symptômes post-traumatiques dans les cas spécifiques d'abus sexuels. Leur évolution dans le cadre de sessions psychothérapeutiques en TBT est illustrée par de brefs exemples issus de cas cliniques.

LA PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIQUE DES PATIENT(E)S VICTIMES D'ABUS SEXUELS

M. Hermant

Louvain Med 2015; 134 (8) Hors-série CPSM : 55-59

Les antécédents d'abus sexuels peuvent avoir de nombreuses conséquences sur la sphère pelvi-périnéale, avec en particulier une prévalence de dysfonctions du plancher pelvien et sexuelles significativement supérieure par rapport à un groupe contrôle.

L'objectif de ce travail est de faire le point sur la place de la kinésithérapie pelvi-périnéologique, et d'en définir les indications ainsi que les limites, tout en rappelant la particularité des pathologies, du contexte, et la compétence spécifique dont doivent faire preuve les thérapeutes.

XIX^e symposium du Centre de Pathologie Sexuelle Masculine (CPSM)

LES SÉQUELLES PHYSIQUES ET FONCTIONNELLES DES ABUS SEXUELS

R.J. Opsomer

Les abus sexuels et leurs séquelles physiques, psychologiques et fonctionnelles nous interpellent en tant que soignants, car les patient(e)s se remémorent parfois, à l'occasion d'une consultation ou d'un examen « invasif » de la sphère génito-urinaire ou ano-rectale, le souvenir d'un traumatisme tenu secret... pendant des (dizaines d') années. Les médecins et en particulier leurs infirmières sont souvent en première ligne et sont parfois pris au dépourvu face à la révélation d'un « incident » qui a bouleversé la vie du patient.

Comment définir l'abus sexuel ? Que faire quand le traumatisme resurgit soudain, alors qu'il remonte à des dizaines d'années ? Comment « accueillir » cette information inattendue et mettre le (la) patient(e) en confiance ? Quelles sont les structures et filières de prise en charge qui peuvent prendre le relais des *non-spécialistes* que nous sommes dans ce domaine ?

Le symposium se décline en trois volets : une conférence « *État de la Question* » par le Pr Pierre Collart suivi de témoignages de médecins et infirmières confrontés au problème des abus sexuels dans leur pratique journalière. Ensuite, quelques pistes de prise en charge des patients seront abordées. Il est bien entendu impossible de brosser un tableau complet de cette problématique - *ô combien complexe* - en une matinée.

Notre objectif est de conscientiser le corps médical au signal que nous donnent ces patients qui se confient à nous et de fournir aux médecins et à leurs équipes les informations pertinentes pour orienter judicieusement les patients vers les structures et organisations adéquates.

Nous avons réuni un panel d'experts de divers horizons qui, tour à tour, nous détailleront leur point de vue sur la problématique des patients abusés sexuellement.

Nous espérons une discussion interactive au cours de ce symposium qui devrait aboutir à la sélection de quelques « *Take home messages* » pour aider les cliniciens dans leur pratique quotidienne.

Références bibliographiques

Collart P. *Les abuseurs sexuels d'enfants et la norme sociale* – Editions Bruylant-Academia, Louvain-la-Neuve, 2005, ISBN 2-87209-816-X.

Opsomer R.J. De l'urologie à la psychanalyse – quelques réflexions d'un non-initié. In : *La psychanalyse et l'université – L'expérience de Louvain*, p.123-134, Editions Bruylant-Academia, Louvain-la-Neuve, 2002.

Pr R.J. Opsomer
Coordonnateur du CPSM

L'ABUS SEXUEL : DISCUSSION DE LA DÉFINITION, ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ET DE PRÉVENTION

P. Collart

Sexual Abuse : Discussion of the Definition, Elements of Diagnosis and Prevention

This article first discusses the definition of sexual abuse by developing the issue of consent, the acts constituting the sexual abuse, as well as the processes involved in sexual abuse, from the perspectives of both the perpetrators and victims. Secondly, the psychological, psychosomatic, physical, and physiological consequences of sexual abuse are outlined. Finally, a few possible ways pertaining to sexual abuse prevention are discussed.

What is already known about the topic?

- ◆ Sexual abuse is defined as an offense aimed to knowingly cause another person to engage in an unwanted sexual activity.
- ◆ Sexual abuse is common and very often caused by someone known to the victim.
- ◆ The impact on the victim may vary widely, including a set of psychological, physical, and functional symptoms

What does this article bring up for us?

- ◆ This article provides a critical approach towards the sexual abuse concept, via questions raised on the victim's consent, as well as on details regarding the sexual abuse acts and process.
- ◆ It also delivers a global view on the psychological, physical, and functional consequences of sexual abuse.
- ◆ Lastly, it gives some insights into potential prevention modalities.

KEY WORDS

Sexual abuse, consent, victims, traumatism

L'article aborde la définition de l'abus sexuel en développant la question du consentement, les actes composant l'abus sexuel et les processus impliqués dans l'abus sexuel, tant ce qui concerne les auteurs que les victimes. Dans un second temps, les conséquences psychologiques, psychosomatiques, physiques et physiologiques sont développées. Enfin, des éléments concernant la prévention des abus sexuels sont abordés.

Que savons-nous à propos ?

- ◆ L'abus sexuel est le non-respect de la volonté d'une personne qui ne souhaite pas s'engager dans une interaction sexuelle.
- ◆ L'abus sexuel est très fréquent et le plus souvent le fait d'un auteur connu de la victime.
- ◆ Les effets sur la victime sont très variables et comprennent un ensemble de symptômes psychologiques, physiques et fonctionnels.

Que nous apporte cet article ?

- ◆ Une approche critique de la notion d'abus sexuel via la question du consentement, des actes sexuellement abusifs et des processus de l'abus sexuel.
- ◆ Une vue globale des conséquences psychologiques, physiques et fonctionnelles de l'abus sexuel.
- ◆ Une réflexion sur les pratiques de prévention.

INTRODUCTION

Amnesty International relève sur base d'une récente enquête (1)¹ que 46% des personnes de leur échantillon, hommes et femmes, sont ou ont été victimes de violences sexuelles jugées «graves» au cours de leur vie. En ce qui concerne les femmes, 25% se sont fait et/ou se font encore harceler physiquement dans des lieux publics, 24,9% se sont fait et/ou se font imposer des relations sexuelles forcées par leur partenaire/conjoint, 13% se sont fait violer et/ou se font encore actuellement violer par un auteur autre que par leur partenaire ou conjoint) et 7 % se font et/ou se sont fait abuser sexuellement par un adulte alors qu'elles étaient encore mineures. D'autres chiffres font état d'attouchements sexuels

¹ Étude des opinions et des comportements de la population belge en matière de violences sexuelles, menée par *Dedicated* pour Amnesty International et SOS Viol. Sondage réalisé en janvier 2014 par Internet sur un échantillon strictement représentatif de 2000 Belges âgés de 18 à 75 ans (960 hommes et 1040 femmes).

subis avant l'âge de 18 ans par 9% des femmes et 3% des hommes en Belgique (2).

Au niveau européen (3), l'examen des études de prévalence de l'abus sexuel d'enfant mettent en évidence des taux de prévalence globale de 6 à 36% chez les filles et de 1 à 15 % chez les garçons, tous âgés de moins de 16 ans, tandis que d'autres études indiquent des taux de viol de 0,9% pour les femmes et 0,6% pour les hommes, taux passant à 50 % pour les femmes et 25 % pour les hommes lorsque l'on utilise des définitions plus larges de l'abus sexuel d'enfant (4, 5) ².

À eux seuls, ces chiffres montrent à quel point l'abus sexuel est fréquent. Et complexe. Il est illusoire, en quelques pages, d'en faire un état de lieux exhaustif. Nous nous limiterons donc ici à donner quelques pistes afin de définir l'abus sexuel, ainsi que quelques éléments de diagnostic et de prévention.

DÉFINIR L'ABUS SEXUEL

Il existe de multiples définitions de l'abus sexuel (8)³. Nous proposons ici de le définir comme *toute interaction sexuelle impliquant une / des personne(s) qui n'y consent(ent) pas*. Cette définition extensive nous conduit à appréhender la représentation actuelle de l'abus sexuel en suivant trois axes : ce qui la détermine, les comportements qui la composent et les processus qui sont à l'œuvre.

Le consentement

Le critère central actuel pour une sexualité socialement non-problématique est le consentement. Il s'agit en effet de donner la primauté à l'acceptation – ou au refus – de l'individu à s'engager dans une activité sexuelle déterminée avec un ou des partenaires clairement identifié(s). Ce modèle actuel de sexualité se réfère à ce que Michel Foucault appelle le « dispositif de sexualité » selon lequel l'accord du partenaire est requis et l'outrepasser rend le

rapport sexuel illégitime⁴. Les conséquences en sont également que la sexualité est devenue une affaire privée, individualisée et susceptible de sanction sociale s'il y a non-respect du non-consentement (11).

Il est dès lors nécessaire de préciser les critères de validité du consentement sexuel. D'après la formule consacrée, il doit être « libre et éclairé ». Ce qui signifie d'une part qu'il doit être obtenu sans contrainte. L'OMS inclut d'ailleurs cette dimension du consentement dans sa définition de la santé sexuelle, en précisant que celle-ci requiert : « une approche respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles (...) libres de toute coercition, discrimination ou violence » (12). D'autre part, la personne qui consent doit être au clair avec ce à quoi elle s'engage, ce qui implique « la capacité à comprendre et évaluer les risques, les responsabilités, les issues et les impacts des actes sexuels, et de s'en abstenir lorsque c'est approprié » (13). Il y aura donc abus sexuel lorsque l'une et/ou l'autre de ces conditions ne sera pas rencontrée dans l'interaction sexuelle.

Ces caractéristiques du consentement déterminent une catégorie particulière d'individus qui n'ont *a priori* pas la capacité d'émettre un consentement valable en raison à la fois de leur immaturité et de leur dépendance à l'égard de l'adulte : les enfants (14). Ce qui, en corollaire, considère toute interaction sexuelle entre un adulte et un enfant comme étant un abus sexuel et en attribue automatiquement la responsabilité à l'adulte (8).

Une seconde conséquence de cette définition concerne les subtilités du consentement. Bien que son principe paraisse simple, ses déclinaisons culturelles, légales, interactionnelles et individuelles rendent parfois son appréciation beaucoup plus subtile, voire complexe⁵ : à quoi consent-on lorsque l'on consent ? Quelles sont la portée et la durée de validité du consentement ? Idéalement, les protagonistes d'une interaction sexuelle devraient pouvoir mettre leurs limites voire exprimer leur refus de tel ou tel acte à tout moment de cette interaction, ce qui devrait être entendu et respecté par leur partenaire. Si le consentement est donc un accord de s'engager dans une activité se déroulant dans l'instant, il devrait donc pouvoir être revu à tout moment, par chaque protagoniste, en fonction de critères qui lui sont propres, et n'implique pas un accord pour les

² À ce propos, Leventhal (4,5) explique la diminution de 31% de cas établis d'abus sexuels d'enfants entre 1992 et 1998 aux USA (39% entre 1992 et 1999 selon Jones, Finkelhor et Kopiec (6)) par des différences méthodologiques, parmi lesquelles il retient la définition de l'abus sexuel d'enfant et l'âge utilisé pour définir l'enfance. La diminution des situations d'abus sexuels rapportées ne refléterait donc pas le véritable changement dans l'incidence de l'abus sexuel, mais plutôt les évolutions dans les critères utilisés par les services de protection de l'enfance pour accepter et valider un cas d'abus sexuel d'enfant (Collart (7)). Voir également à ce propos Lalor et McElvaney (3).

³ Born *et al.* (8) précisent à ce propos que « toute définition varie en fonction de l'utilisation concrète qui en est faite (les perspectives du chercheur, du clinicien, de l'intervenant social, du juriste et des services de l'ordre ne sont pas forcément superposables) et dépend du contexte social, culturel et historique ».

⁴ Ce dispositif de sexualité s'opposant et se substituant progressivement au « dispositif d'alliance » basé sur une sexualité statutaire où le permis et l'interdit étaient fonction du statut des partenaires, où seuls les rapports sexuels entre époux étaient légitimes (Foucault (9); Marquet (10)). Précisons à ce propos qu'en Belgique, ce n'est qu'en 1989 que le viol entre époux a commencé à avoir une existence légale. Jusqu'à cette date, le conjoint était supposé consentir aux relations sexuelles, du fait de son statut matrimonial.

⁵ Il s'agit là de l'argument du Congrès international francophone sur l'agression sexuelle qui s'est tenu en 2015 à Charleroi : le constat que l'abus sexuel est une réalité complexe, multiforme et multidimensionnelle, demandant de la part des intervenants une gamme de réponses adaptées.

interactions futures⁶. On imagine dès lors bien à quel point ce consentement peut parfois être au centre de pressions et de jeux relationnels dans les dynamiques de couple, par exemple.

Les actes sexuellement abusifs

Les comportements impliqués dans les abus sexuels – il s'agit de notre second axe d'approche – se déploient dans une pluralité de contextes distincts et se déclinent en une grande variété d'actes.

Les contextes concernés recouvrent aussi bien le harcèlement sexuel au travail⁷ que les viols en situation de guerre⁸, en passant, ce qui est le cas le plus fréquent dans le contexte belge actuel, par les abus intrafamiliaux (les plus fréquents, qu'il s'agisse des abus sexuels d'enfants que des abus sexuels entre conjoints) et extrafamiliaux, ces derniers recouvrant les abus commis par des personnes connues ou par des inconnus.

En ce qui concerne les actes qui matérialisent l'abus sexuel, ils ne se limitent pas au seul contact des zones génitales, mais prennent également d'autres formes, dont les classifications varient selon les auteurs. L'abus sexuel inclut donc tous les actes orientés vers l'intimité corporelle de la victime (8, 16-18), qui agressent sa sphère sensorielle et/ou qui utilisent son corps (16, 19, 20). Ils comprennent « des formes verbales et non verbales, gestuelles, visuelles, exhibitionnistes, voyeuristes, masturbations manuelles, fellations, ..., jusqu'aux relations sexuelles complètes, avec pénétration orale, anale ou vaginale » (17), par un doigt, le sexe, un objet (20-26). Gosset *et al.* (16), par exemple, distinguent deux formes d'abus sexuels :

1. les actes agressant la sphère sensorielle de la victime :

- conversations ou appel téléphonique obscène, « chat » sexuel;
- présentation forcée d'images pornographiques (photos, vidéos);
- exhibition d'organes sexuels.

⁶ À l'instar de la loi 967 de Californie visant à combattre les agressions sexuelles sur les campus (concernant une femme sur cinq), qui prévoit que les partenaires sexuels doivent donner « leur accord explicite, conscient et volontaire » avant toute relation sexuelle. « L'accord explicite ne peut être donné par quelqu'un d'endormi, d'inconscient », ou s'il ou si elle est « sous l'influence de drogues, d'alcool ou de médicaments ».

⁷ La loi sur le bien-être au travail (1996) définit le harcèlement sexuel au travail comme « tout comportement non désiré verbal, non verbal ou corporel à connotation sexuelle, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à la dignité d'une personne ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant ».

⁸ Par exemple, on estime à des centaines de milliers les victimes de viols et de violences sexuelles en Europe lors de la seconde guerre mondiale, à plus de 80% de femmes violées lors des conflits au Kivu entre 1996 et 2003. Commission Justice et Paix (15).

2. Les actes qui utilisent le corps :

- attouchements sexuels ou masturbation forcée;
- toilette intime imposée;
- relations sexuelles sous la contrainte (fellation, sodomie, rapport vaginal);
- participation active à des scènes pornographiques;
- incitation à la prostitution.

Ces auteurs ajoutent également à cette liste les mutilations sexuelles chez la fillette (excision, infibulation, clitoridectomie).

D'autres auteurs, comme May⁹, proposent une classification tripartite, dans laquelle l'abus sexuel dépasse largement la notion d'une « implication des parties génitales » : à côté des abus sans attouchements physiques (incluant l'exhibitionnisme, les téléphones obscènes et les verbalisations abusives) et des abus impliquant un contact avec le corps de la victime (comprenant les caresses, les stimulations génitales et orales, les relations sexuelles complètes ou leur équivalent), ils développent une troisième catégorie caractérisée principalement par la violence, dans laquelle on retrouve par exemple le viol, les blessures physiques et le meurtre sadique¹⁰. Il faut également noter que ces comportements abusifs peuvent apparaître entre un adulte et un enfant ou entre pairs¹¹, et dans un contexte intra ou extrafamilial¹².

Ces dernières années, le développement des réseaux sociaux sur Internet a favorisé l'émergence de nouveaux comportements sexuellement abusifs ayant comme victimes principales les adolescents et les jeunes adultes : la cybermanipulation, la cyberprédation et l'autoproduction, par des personnes mineures, de matériel érotique ou pornographique¹³. Bien que ces derniers puissent trouver leur place dans les classifications développées ci-avant, ils sont

⁹ May, 1977, cité par Van Gijsegheem (27) : 16.

¹⁰ De telles classifications pouvant toutefois être discutées, certaines approches arguant en effet que tout abus sexuel est d'abord une interaction violente, la dimension sexuelle étant dans tous les cas secondaire.

¹¹ Born *et al.* (8), Burnay (28). Dans le cas précis d'un abus sexuel entre pairs, on se réfère alors uniquement à la question du consentement, et pas à la question d'une distribution inégale du pouvoir (cfr. Finkelhor (14)).

¹² Born *et al.* (8), Fischer *et al.* (29), Miller-Perrin & Perrin (19), Schneider (26).

¹³ Ces nouvelles pratiques abusives ont été présentées par Michel Dorais (Université Laval, Québec), au 8^e congrès international francophone sur l'agression sexuelle, en juin 2015 (30). Selon lui, la cybermanipulation à des fins sexuelles, pratique la plus courante (95% des cas), est agie par un cybermanipulateur qui ne ment pas (ou peu) sur son âge ou sur son identité: il se présente comme un adulte qui peut être un « confident » ou « mentor » sur le plan affectif. La cyberprédation est agie par un cyberprédateur qui ment sur son âge et sur ses intentions, présentées comme amicales, « entre jeunes ». Le cyberprédateur vise à obtenir des rencontres afin d'avoir alors des contacts sexuels. Quant à l'auto-production de matériel érotique ou pornographique, elle se fait parfois dans un contexte amoureux (du moins du point de vue de la victime).

toutefois significatifs de l'adaptation des comportements sexuels abusifs aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Les processus des passages à l'acte sexuellement abusifs

Le troisième axe d'analyse de l'abus sexuel porte sur les processus à l'œuvre dans le passage à l'acte.

En ce qui concerne l'auteur, c'est l'hétérogénéité des situations qui prévaut. J. Proulx (31) précise à ce propos que « le passage à l'acte abusif est déterminé par des variables structurales, situationnelles et relatives au *modus operandi* ».

L'analyse des variables structurales stables concerne l'organisation de pensée, d'émotion et de comportements. À propos de ces caractéristiques de personnalité, la recherche d'un profil de personnalité unique, propre aux agresseurs sexuels ne concorde pas avec la diversité de ces auteurs (32). Toutefois, l'attachement de type insécure est une caractéristique spécifique des agresseurs sexuels (33-36).

Les facteurs situationnels, eux, concernent des aspects circonstanciels (perte d'un emploi, décès, séparation, divorce,...) et désinhibiteurs (alcool, drogues, émotions négatives – colère, rage, haine... – pornographie, ...) et accroissent ponctuellement le risque de répétition.

Quant aux caractéristiques du mode opératoire, elles sont multiples (stratégies, type de l'acte abusif, lien agresseur/victime, réaction de la victime, ...) et sont donc à comprendre dans une logique interactionnelle.

Les différentes approches théoriques de la psychologie mettent par ailleurs en évidence des hypothèses explicatives distinctes que l'on peut considérer comme complémentaires à l'épreuve de la clinique. Ainsi, la psychanalyse a dans un premier temps émis l'hypothèse de la perversion afin d'expliquer le passage à l'acte sexuel abusif, pour ensuite élargir l'explication aux différentes structures de personnalité et proposer des processus psychiques distincts au passage à l'acte (manque de contrôle de la pulsion, intolérance à la frustration, fusion, séduction, double, fétichisation, toute-puissance, support-groupal) (37). L'approche systémique, pour sa part, met en évidence les caractéristiques relationnelles des relations sexuelles abusives (essentiellement incestueuses), en termes de complémentarité rigide, de domination de l'enfant au bénéfice de l'adulte, d'imposture, de perversion de la dialectique autorité-responsabilité, de relation hors-la-loi, hors contexte, hors contrôle, voire d'emprise [38]. Quant à la lecture cognitivo-comportementale, elle, évoque plutôt d'une part les contenus des apprentissages et conditionnements de l'individu, ainsi que les éventuels déficits d'habiletés susceptibles de provoquer un stress que l'individu tentera de gérer par le comportement sexuel abusif (39-41).

Les motivations de l'auteur d'abus sont donc diverses et influencent le mode opératoire du passage à l'acte, où le degré de violence physique accompagnant l'abus sexuel peut être très variable, de pratiquement nul lorsque l'auteur évoque des interactions « amoureuses » ou se positionne en tant que victime d'un enfant qui l'a séduit, par exemple, à très élevé lorsqu'il s'agit d'une démarche de consommation sexuelle de l'autre ou encore lorsque le degré d'agressivité de l'auteur envers la victime est élevé. Mais à côté de cette violence physique potentiellement présente, il faut également considérer la présence de la violence psychologique, omniprésente. Dans les abus sexuels d'enfants, celle-ci a pour principal objet d'imposer le silence, le *secret* étant la caractéristique principale de ces abus. Cette violence psychologique est multiforme, prenant l'aspect de la séduction, de la gentillesse, de « l'achat » du silence par des cadeaux, ou encore de menaces de séparation, de punition, voire de mort.

L'étude des violeurs de personnes adultes met également en évidence plusieurs motivations, qui se traduisent par des modes opératoires distincts. Ainsi par exemple, Knight & Prentky (32) distinguent ainsi le violeur opportuniste, qui agit impulsivement, utilise la force nécessaire pour soumettre sa victime qu'il traite comme un objet ; le violeur présentant une « rage indifférenciée », impulsif et « gratuitement » violent même si la victime ne résiste pas et ne tirant pas d'excitation sexuelle de sa violence ; le violeur à motivation sexuelle, sadique ou non ; le violeur à motivation vindicative, dont la colère est exclusivement dirigée vers les femmes, qui pose des actes brutaux dans le but d'humilier et détruire la femme, le viol étant le moyen d'y arriver.

Pour ce qui concerne les victimes d'abus sexuel, des processus de victimisation ont également été mis en évidence, particulièrement lorsqu'il s'agit d'abus sexuels d'enfants s'étalant dans le temps. Ainsi, à titre d'exemple, Summit (42)¹⁴, décrit le *syndrome d'accommodation de l'enfant à l'abus sexuel*, qui conduit la victime d'abus à considérer son sort comme une fatalité : l'enfant commence par s'engager en confiance dans une activité nouvelle pour lui avec un adulte. Il devient plus ou moins rapidement perplexe, car il perçoit vaguement que quelque chose est anormal, qui lui procure des sensations qu'il ne comprend pas, qu'il souhaiterait arrêter, mais sans pouvoir le faire de peur de déplaire à l'adulte. Le *secret* s'installe alors autour de ces contacts, une « loi du silence » est instaurée. L'enfant est, à ce moment là, totalement impuissant et partagé entre les deux positions opposées de rejet de l'adulte abuseur et d'affection envers ce même adulte qui lui montre parfois une affection normale. L'enfant évolue alors vers une phase de « coping », de résignation aux contacts sexuels avec l'adulte. Il peut par la suite – parfois beaucoup plus tard – révéler les faits, ce qui s'accompagnera d'une anxiété importante et d'un

¹⁴ Le modèle de Summit concerne essentiellement les situations d'inceste mais reste valable pour les abus sexuels extrafamiliaux.

risque de rétractation si les dires de l'enfant sont mis en doute par son entourage.

Notons encore que lorsque la victime de l'abus sexuel est une personne adulte (43) on retrouvera généralement chez elle des sentiments de culpabilité (la victime se reproche un acte répréhensible, sans nécessairement de lien avec la réalité des faits), de souillure (proche de la stigmatisation, consécutive à la transgression d'une norme ou d'un tabou) et de honte (basée sur l'expérience de l'indignité et de l'humiliation face à autrui).

LE DIAGNOSTIC DE L'ABUS SEXUEL

La mise en évidence de ces processus traumatogènes conduit tout naturellement à la question du diagnostic de l'abus sexuel.

À ce jour, les auteurs s'accordent sur le fait qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de l'abus sexuel. Le clinicien se trouvera plutôt face à un ensemble plus ou moins étendu de symptômes plus ou moins directement évocateurs d'abus sexuel, qu'il doit confronter à la parole de la victime et au contexte de la révélation.

Haesevoets (18) propose un modèle général des symptômes qui évoquent la possibilité d'abus sexuel envers un enfant qui s'inspire de différentes classifications :

Les symptômes physiques ou physiologiques¹⁵ regroupent la possibilité de lésions des organes génitaux, hématomes de l'abdomen ou sur les zones péri-génitales ; de douleurs dans les régions génitales, saignements, douleurs à la miction ; de dilatation de l'urètre, de l'anus, du vagin ; de présence de corps étrangers dans l'urètre, la vessie, le vagin ou l'anus ; d'infection des voies urinaires ; de présence d'une maladie sexuellement transmissible ; de grossesse chez les adolescentes qui la cachent ou qui sont évasives quant à la paternité.

Les symptômes psychosomatiques regroupent la possibilité d'énurésie et d'encoprésie ; de céphalées récidivantes ; de douleurs abdominales ; de crises de conversion hystérique ; de troubles du sommeil ; de troubles de la conduite alimentaire, d'anorexie, de boulimie.

Les symptômes psychologiques et comportementaux regroupent la possibilité d'inhibition, de traits dépressifs, d'anxiété, de tristesse ; de manque de confiance en soi ou/et en autrui ; de distorsion de la perception de soi, d'auto-dépréciation, de perte d'estime de soi, de négligence, de manque d'hygiène, de dénarcissisation ; d'isolement par rapport aux sujets du même âge, de solitude, d'attitudes ou de conduites d'évitement ; de préoccupations d'ordre sexuel ; d'allusion à des questions d'ordre sexuel, à travers

des jeux ou des dessins ; de conduite sexuelle inappropriée ou masturbation excessive ; de sexualisation de la relation humaine ; de troubles du caractère, d'agitation, d'agressivité, de sauts d'humeur, d'acting out violent ; de confusion des sentiments et d'ambivalence ; de sentiment d'être victime et d'attitude de « victimisation » ; de troubles de la conduite sociale, de conduites antisociales ; de troubles d'apprentissage (dyscalculie, dysorthographe) et de la concentration ; de troubles intellectuels ; de chute du rendement scolaire, d'apathie scolaire, de difficultés d'apprentissage, de trouble du raisonnement logico-mathématique.

Chez les enfants plus âgés et les adolescents, les troubles psychoaffectifs peuvent se traduire par une culpabilité liée à un certain niveau d'acceptation ou de participation à l'activité abusive ; une culpabilité liée aux sentiments d'hostilité ou à l'agressivité à l'égard du parent non-abuseur ; des troubles de l'identité ou de la personnalité ; des fugues ; des auto-lésions et tentatives de suicide ; des conduites automutilantes ; des conduites addictives ou toxicomaniaques ; une faillite de la formation scolaire et professionnelle ; de l'inadaptation sexuelle, frigidité, dysfonction orgasmique, confusion dans l'orientation sexuelle, homosexualité coupable ou mal vécue ; des pratiques de promiscuité sexuelle, de prostitution, de masochisme ou de victimisation sexuelle ; des conduites délinquantes diverses.

Ces données sont largement confirmées par la revue de la littérature de Tyler (45) : par rapport aux adolescents qui ne rapportent pas d'épisodes d'abus sexuels, les adolescents qui ont été victimes d'abus sexuels durant l'enfance présentent une fréquence plus élevée de dépressions, d'idées suicidaires et de consommation d'alcool et de drogue, de comportements sexuels à risque et de grossesse, de prostitution, de nouvelle victimisation sexuelle, de fugues, de troubles comportementaux tels que l'isolement social, des conduites socialement déviantes, des conduites agressives. Le risque de présenter un syndrome de stress post-traumatique (selon les critères du DSM IV) est également bien présent, surtout lorsque l'abus s'est étalé sur une longue période, ou que l'enfant a été menacé ou contraint physiquement. De manière générale, d'ailleurs, Tyler relève que la sévérité de l'abus, l'usage de la force et le type de lien entre la victime et l'abuseur (parent, connaissance, inconnu) sont des éléments déterminants pour l'apparition des effets de l'abus¹⁶.

¹⁵ Voir à ce propos Adams ([44]).

¹⁶ Tyler pose toutefois une question récurrente lors de sa revue de littérature : quel type de relation peut-on supposer entre l'abus sexuel durant l'enfance et les comportements mis en évidence dans les différentes études. En effet, si des corrélations ont été mises en évidence, il reste à se demander si un lien de causalité peut être établi, et dans quel sens. Ainsi par exemple, les idées suicidaires sont-elles une conséquence des abus sexuels, ou les enfants dépressifs et suicidaires présentent-ils des risques plus élevés d'abus sexuels ?

À côté de ces différents symptômes, le récit de la victime est déterminant. On y trouvera sa perception des événements, les éléments de compréhension de la violence psychologique et/ou physique subie, les étapes franchies afin d'en arriver au dévoilement. Recueillir cette parole nécessite de porter une attention à la manière dont s'opère ce recueil et à la validité de cette parole. Plusieurs procédures et protocoles existent à ce sujet, qu'il s'agisse de recueil et de l'évaluation du récit de la victime dans un contexte clinique ou dans un contexte judiciaire et qu'il s'agisse d'une victime adulte ou mineure.

L'intérêt du recours à de tels protocoles de recueil des témoignages par rapport à un recueil hors protocole semble se confirmer. Ainsi pour ce qui concerne les enfants, Arnould (46) souligne que l'utilisation d'un protocole (NICHD)¹⁷ « a incité les interviewers à utiliser un plus grand nombre d'invitations libres (...) et à limiter l'usage des questions dirigées, à option et suggestives (...). Le protocole a permis également de poser un moins grand nombre de questions (...) tout en permettant d'obtenir des détails intéressants de la part des enfants. (...) Quel que soit leur âge, [les enfants] ont notamment communiqué un plus grand nombre de détails lorsqu'ils ont été interrogés au moyen de cette procédure par rapport aux entretiens hors protocole ».

Le contexte de production de cette parole, les influences auxquelles est exposée la victime sont par ailleurs des éléments justifiant le recours à des protocoles d'évaluation de la crédibilité du témoignage de l'enfant – voire également de l'adulte¹⁸. Il faut en effet être conscient qu'à côté des révélations d'abus sexuels réels, les enfants – et les adultes – qui dévoilent de tels faits peuvent également être empêtrés dans des attitudes de fausses allégations, victimes par exemple de manipulation mentale dans des situations de conflits familiaux. La tâche du clinicien consiste ainsi dans tous les cas à poser le diagnostic correct de la situation qui se présente à lui pour proposer à la victime – de quelque atteinte qu'il soit – la prise en charge la plus adéquate.

QUELQUES MOTS À PROPOS DE LA PRÉVENTION

La meilleure adéquation possible de la prise en charge implique de se soucier de la prévention de l'abus sexuel, tant en ce qui concerne l'auteur que la victime.

En matière de prévention primaire, c'est probablement très en amont que le travail essentiel doit être mené. Il s'agit en effet de penser une véritable éducation au respect de soi et des autres, qui consisterait à permettre à chacun de développer suffisamment de considération pour soi et pour l'autre que pour avoir la capacité d'émettre ses souhaits et ses limites, et d'entendre celle de l'autre. Cette démarche, bien entendu, dépasse le cadre strict de la sexualité pour englober l'ensemble des aspects du « soi » et du « vivre ensemble ». Elle devrait, pour être réellement efficace, débiter très tôt dans la vie de chacun.

La prévention primaire axée spécifiquement sur l'abus sexuel pose la question des programmes et campagnes de prévention à destination des enfants ou des adultes. Régulièrement, ceux-ci sont pointés comme étant inutiles, anxiogènes, voire toxiques (50) en ce que, par exemple, ils responsabilisent la victime (enfant ou adulte) de l'abus qu'elle a subi. À ce propos, nous soumettons à la réflexion cette conclusion de Yakapa.be : « quand les adultes sont à l'écoute des questions de l'enfant au fur et à mesure qu'elles apparaissent et quand ils les initient à la vie en commun - ici et maintenant - de leur place d'adultes responsables et capables de parler, alors ils font œuvre de prévention. animateurs, éducateurs, enseignants... n'ont pas besoin de programme clé sur porte pour un tel travail. Il s'agit avant tout de tenir une place et de saisir les petits événements du quotidien, au fur et à mesure de leur surgissement »¹⁹.

En ce qui concerne la prévention secondaire et tertiaire, à propos des auteurs d'abus sexuel, une réflexion sur la prise en charge doit se poursuivre. Leur « traitement social » actuel, impliquant à la fois la sanction et le soin, est une avancée majeure en Belgique depuis maintenant près de vingt ans. Des questions continuent toutefois à se poser, notamment en terme de modalités de la sanction. Les conditions d'emprisonnement tel qu'on les connaît actuellement ne permettent toujours pas que ce temps passé derrière les barreaux soit réellement mis à profit pour une évolution et/ou une reconstruction psychique de l'individu en vue de sa libération. Les pratiques cliniques doivent continuer à évoluer vers une prise en charge de la personne, dans sa globalité et sa complexité, recourant aux capacités et compétences de la personne elle-même pour développer des solutions visant à la fois les deux objectifs essentiels que sont la prévention de la répétition de l'abus et l'épanouissement personnel de l'auteur.

La prise en charge des victimes, au-delà des soins immédiats à leur apporter, doit pour sa part éviter la victimisation secondaire. Cela suppose que la victime doit pouvoir être accueillie, entendue et assurée qu'elle sera traitée avec dignité. D'un point de vue clinique, cela demande également un accompagnement dans la durée, qui puisse reconnaître la personne dans sa dimension de victime (avec les dimensions de culpabilité, de honte, de souillure) sans

¹⁷ Lamb *et al.* (47) . Protocole du National Institute of Child Health and Human Development, entretien structuré basé essentiellement sur des questions ouvertes, dont une version française est disponible, organisé en cinq phases : Introduction, phase de contact, phase de transition, phase de rappel libre, phase de questionnement directif.

¹⁸ Niveau *et al.* (48). Le protocole le plus connu en cette matière est le SVA (*Statement Reality Analysis*). Il se compose d'une interview semi-structurée, d'une échelle d'évaluation « *Criteria based content analysis* », ou CBCA, et d'une « *Validity checklist* » permettant de pondérer les résultats du score à l'échelle d'évaluation. Voir également Haesevoets (49).

¹⁹ (50) : 107.

toutefois l'y enfermer, en l'accompagnant dans la mobilisation de ses compétences.

Le développement de telles « bonnes pratiques » implique également de favoriser la rencontre, le dialogue et la compréhension mutuelle entre les intervenants des différents champs disciplinaires impliqués : acteurs de la justice, des soins, intervenants sociaux... qui doivent par ailleurs encore parfois faire l'effort de sortir d'un certain clivage existant entre ceux qui prennent en charge les victimes et ceux qui traitent les auteurs.

Enfin, il ne faut pas faire l'impasse sur la responsabilité du monde politique dont dépend in fine la reconnaissance sociale du phénomène et la réponse à lui apporter en terme de financement et d'organisation des soins et des pratiques judiciaires à l'égard des auteurs et victimes d'abus sexuel.

CONCLUSION

L'abus sexuel est un phénomène complexe et ubiquitaire. Fondé dans sa définition actuelle sur le principe du consentement, il consacre la possibilité de l'individu de décider de son (non)-engagement dans une activité sexuelle. Et identifie une catégorie de personnes qui ne peuvent valablement user de cette faculté : les enfants, qui de ce fait méritent de faire l'objet d'une protection particulière face aux interactions sexuelles dans lesquelles les engageraient des adultes et qui, dans tous les cas, seront considérées comme des abus sexuels.

On l'a vu également, l'abus sexuel est susceptible de causer à la victime de multiples séquelles, tant psychologiques que somatiques et fonctionnelles. Ces conséquences sont présentes à court terme, mais peuvent également, c'est régulièrement le cas, impacter la vie de la victime sur le long terme et dans plusieurs aspects de sa vie. Toutefois, rappelons-le, il y a des victimes d'abus sexuels qui s'en sortent et vont bien. La connaissance des processus de résilience nous montre que chacun a des ressources qui peuvent être mobilisées. C'est au clinicien à accompagner son patient, parfois au long cours, dans ce cheminement.

Exploiter les ressources positives de la personne est également une piste intéressante pour la prise en charge de l'auteur d'abus sexuel. S'occuper de l'abus sexuel ne peut en effet pas faire l'économie d'une préoccupation clinique et thérapeutique à l'égard des auteurs. On pourrait dire en effet « qu'il n'y a pas d'abuseur heureux », et que l'épanouissement de la personne qui, à un moment de sa vie, commet des actes d'abus sexuel est une démarche curative, mais également axée vers la prévention en ce qu'elle vise à prémunir contre la répétition des abus.

La prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire est enfin le domaine où l'investissement sociétal doit porter. Les soins aux victimes et aux auteurs doivent être accompagnés d'une réflexion plus globale sur la manière dont le respect de soi et de l'autre doit être valorisé et développé. Cette réflexion doit être portée et mise en actes par les acteurs éducatifs, cliniques, judiciaires, politiques à leurs niveaux respectifs. Elle doit également être un moteur de nos actions en tant que parent, en tant qu'humain. Cela dépasse bien entendu la « seule » question de l'abus sexuel.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Il est important d'accueillir avec sérieux et empathie les révélations d'abus sexuel par les victimes présumées, qui arrivent le plus souvent au terme d'un long processus de dévoilement, et ce afin d'éviter toute victimisation secondaire. Il faut toutefois garder à l'esprit que de fausses révélations existent, ce qui montre l'intérêt de recourir à des techniques de validation des dévoilements.

Il faut garder à l'esprit l'étendue possible des séquelles de l'abus sexuel, leur grande variété et leur intensité.

L'ensemble de ces éléments montre à quel point le travail en équipe pluridisciplinaire dans la prise en charge des situations d'abus sexuel est recommandé.

RÉFÉRENCES

1. Dedicated. *Étude des opinions et des comportements de la population belge en matière de violences sexuelles*. Menée pour Amnesty International et SOS Viol, Synthèse presse, 2014.
2. Conseil des femmes francophones de Belgique. Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnels de la santé et de la justice. *Actes du Colloque « Viols et violences sexuelles »*. Bruxelles, 26.04.2014.
3. Lalor K, McElvaney R. Présentation de la nature et de l'ampleur de l'abus sexuel en Europe. *La protection des enfants contre la violence sexuelle - une approche globale*. Publication de la Réunion interrégionale de haut niveau « La protection des enfants contre la violence sexuelle » co-organisée par la Représentante spéciale du Secrétaire Général des Nations Unies chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants et le Conseil de l'Europe, Strasbourg, France, 18-19 juin 2015 : 13-47.
4. Leventhal J. M. Epidemiology of Sexual Abuse of Children: Old Problems, New Directions. *Child Abuse and Neglect* 1998; 22, (6) : 481-491.
5. Leventhal J. M. A decline in substantiated cases of child sexual abuse in the United States : good news or false hope ? *Child Abuse and Neglect* 2001; 25 : 1137-1138.
6. Jones LM, Finkelhor D, Kopiec K. Why is sexual abuse declining ? A survey of state child protection administrators. *Child Abuse and Neglect* 2001; 25 : 1139-1158.
7. Collart P. *Abuseurs sexuels d'enfants et rapports à la norme. Etude par l'interactionnisme symbolique des logiques de rapports au cadre social normatif construites par des adultes impliqués dans des interactions sexuelles avec des enfants*. Louvain-la-Neuve, UCL. 3 tomes. Thèse de doctorat en sciences psychologiques – orientation famille et sexualité. 2004.
8. Born M, Delville J, Mercier M, Sand EA, Beeckmans M. *Les abus sexuels d'enfants. Interventions et représentations*. Mardaga, Liège, 1996.
9. Foucault M. *Histoire de la sexualité*, Tome 1, *La volonté de savoir*. Gallimard, Paris, 1976.
10. Marquet M. Clés pour comprendre la sexualité contemporaine. *La Revue Nouvelle* juillet-août 2011 ; pages 34-43.
11. Collart P. *Les abuseurs sexuels d'enfants et la norme sociale*. Académia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, 2005.
12. Organisation Mondiale de la Santé. www.who.int/topics/sexual_health/fr/, consulté le 30 juin 2015.
13. Miner M. A Striking Government Report Calling for Sexual Health. *The Forum*, 2001 ; 13 (2) : 1-6.
14. Finkelhor D. What's Wrong with Sex between Adults and Children ? *Am J Orthopsych* 1979 ; 49, (2) : 692-697.
15. Commission Justice et Paix. Le viol comme tactique de guerre. Le cas de la République Démocratique du Congo. *Analyse 2007*, 7p.
16. Gosset D, Hedouin V, Revuelta E, Desurmont M. *Maltraitance à enfant*. Masson, Paris, 1996.
17. Haesevoets Y.-H. *L'enfant Victime d'inceste. De la séduction traumatique à la violence sexuelle. Réflexion théorique-clinique sur la psychopathologie de l'inceste*. De Boeck & Larcier, Bruxelles, 1997.
18. Haesevoets Y.-H. Les enfants victimes d'agressions sexuelles et d'inceste : du traumatisme à la déshumanisation. *L'abus sexuel de l'enfant*, Fonds Houtman, Id 17 Bruxelles, 1997 : 137-152.
19. Miller-Perrin C L, Perrin RD. *Child Maltreatment. An Introduction*. Sage Publications Inc., Thousand Oaks, 1999.
20. Organisation Mondiale de la Santé. *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*, WHO, Geneva 29-31 March 1999.
21. Fuller AK. Child Molestation and Pedophilia. An Overview for the Physician. *JAMA* 1989 ; 261 (4) : 602-606.
22. Gabel M. L'enfant abusé sexuellement. *Perspectives psychiatriques* 1988 ; 14 (4) : 251-255.
23. Fédération Française de Psychiatrie. *Conférence de consensus 22,23 novembre 2001, Paris, Hôpital de la Salpêtrière. Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Fédération Française de Psychiatrie, Paris & John Libbey Eurotext, Montrouge, 2001.
24. La Fontaine JS. Child Sexual Abuse and the Incest Taboo : Practical Problems and Theoretical Issues. *Man* 1988 ; 23 (1), : 1-16.
25. Lopez G. *Les violences sexuelles sur les enfants*. PUF, Paris, 1997.
26. Office de la Naissance et de l'Enfance. *Rapport Annuel 1998*.
27. Schneider H. Sexual Abuse of Children : Strengths and Weaknesses of Current Criminology. *Int Offender Ther Comp Criminol* 1997; 41 (4): 310-324.
28. Van Gijsegem H. Certains paradoxes dans le traitement socio-judiciaire de l'abus sexuel. *L'abus sexuel de l'enfant*, Fonds Houtman, Bruxelles, 1997 : 63-72.
29. Burnay N. N'a-t-on pas oublié de dire... De l'amalgame de l'abus sexuel aux discours sur l'enfant. In Burnay N., Lannoy P., Panafit L. (dir.), *La société indicible. La Belgique entre émotions, silence et parole*, Ed. Luc Pire, Bruxelles, 1997 : 15-24.
30. Fischer DG, McDonald WL. Characteristics of Intra-familial and Extrafamilial Child Sexual Abuse. *Child Abuse and Neglect* 1998 ; 22 (9): 915-929.
31. Dorais M. Nouvelles réalités et nouveaux questionnements dans la prévention des agressions sexuelles. *Communication présentée au 8^e Congrès International Francophone sur l'Aggression Sexuelle*. Charleroi, juin 2015.
32. Proulx J. Les troubles de la personnalité des agresseurs sexuels. In Pham T. (Ed.), *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*. Mardaga, Sprimont, 2006.
33. Knight RA, Prentky RA. Classifying Sexual Offenders. The Development and Corroboration of Taxonomic Models. In Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE (Eds.), *Handbook of Sexual Assault. Issues, Theories and Treatment of the Offender*. Plenum Press, New York, 1990 : 23-54.
34. Smallbone SW, Dadds MR. Attachment and coercive sexual behaviour. *Sexual Abuse: JRes Treat* 2000; 12 (1) : 3-15.
35. Smallbone SW, Dadds MR. Further evidence for a relationship between attachment insecurity and coercive sexual behaviour in non-offenders. *J Interperson Viol* 2001; 16 (1) : 22-35.

RÉFÉRENCES

36. Lyn TS, Burton DL. Adult attachment and sexual offender status. *Am J Orthopsych* 2004 ; 74 (2) : 150-159.
37. Delmoitiez B. Abuseurs sexuels et styles d'attachement: mise au point d'un procédé thérapeutique et propositions thérapeutiques cognitivo-comportementales. *Mémoire de licence en sciences psychologiques*, UCL, 2005.
38. Balier C. *Psychanalyse des comportements sexuels violents*. PUF, Paris, 1996.
39. Perrone R, Nannini M. *Violence et abus sexuels dans la famille. Une approche systémique et communicationnelle*. ESF, Paris, 1995.
40. Marshall WL, Laws DR, Barbaree HE. (Eds.) (1990). *Handbook of Sexual Assault. Issues, Theories and Treatment of the Offender*. Plenum Press, New York, 1999.
41. Marshall WL, Anderson D, Fernandez Y. *Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, 1999.
42. Marshall WL, Laws DR. (2003). A Brief History of Behavioral and Cognitive Behavioral Approaches to Sexual Offenders : Part 2. The Modern Era. *Sexual Abuse : A J Res Treatment* 2003; 15, (2) :93-120.
43. Summit R. The Child Abuse Accommodation Syndrome. *Child Abuse Neglect* 1983; 7 : 177-193.
44. François I. Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'adulte et la personne âgée ? In : 7^e Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, 2003. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf%26rm/conf//confvictime/experthtml/francois.html>
45. Adams JA. Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse ; 2011 Update. *J Child Sex Abuse* 2011 ; 20 : 588-605.
46. Tyler KA. Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse. A review of recent research. *Aggression Violent Behav* 2002; 7 : 567-589.
47. Arnould F. Interroger les enfants : une version française du protocole du NICHD. *PsychoTémoins. Actualité de la recherche sur les témoignages en justice*. <http://psychotemoins.inist.fr/?Interroger-les-enfants-une-version> Dernière mise à jour le 08.01.2014.
48. Lamb ME, Orbach Y, Hershkowitz I, Esplin PW, Horowitz DA. Structured forensic interview protocol improves the quality and informativeness of investigative interviews with children : A review of research using the NICHD Investigative Interview Protocol. *Child Abuse Neglect* 2007 ; 31(11-12) : 1201-1231.
49. Niveau G, Berclaz M, Lacasa MJ, With S. Mise en œuvre du protocole d'évaluation de crédibilité SVA dans le contexte médico-légal francophone. *Swiss Arch Neurol Psych* 2013 ; 164 (3) : 99-106.
50. Haesevoets YH. Devant une révélation de maltraitance sexuelle, émanant d'un enfant ou de ses parents, ou d'un adulte pour lui-même, quels éléments retenir pour la confirmer ? In 7^e Conférence de consensus de la Fédération Française de Psychiatrie, *Conséquences des maltraitances sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir*, 2003. <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf%26rm/conf//confvictime/experthtml/haesevoets.html>
51. Collectif Yakapa.be. Faut-il prévenir les enfants des abus sexuels ? *Points de repère pour prévenir la maltraitance*. Temps d'arrêt. Yakapa.be. 2013 : 105-107.

Correspondance

Dr. PIERRE COLLART

Docteur en sciences psychologiques
UCL, ESFA

CHU de Charleroi, Hôpital Vincent Van Gogh – Clinique de la sexualité et du couple & Equipe d'évaluation et de prise en charge des paraphilies
Pierre.Collart@uclouvain.be
Pierre.Collart@chu-charleroi.be

1e partie : aspects médicaux

LE POINT DE VUE GYNÉCOLOGIQUE SUR LE DIAGNOSTIC D'UN ABUS SEXUEL EN CONSULTATION

N. Michaux

Un abus sexuel entraîne des séquelles psychologiques, sociales et physiques chez la victime. Les séquelles physiques de la zone génitale peuvent être directes ou indirectes. Elles peuvent toucher le système urinaire, le système gynécologique ou le système digestif. Dans cet article, nous avons décrit les séquelles gynécologiques primaires et les séquelles gynécologiques secondaires, c'est-à-dire psychosomatiques, comprenant surtout les douleurs pelviennes chroniques qui sont distinguées des douleurs périnéales chroniques. Nous avons ensuite parcouru les situations cliniques dans lesquelles le gynécologue peut être confronté à une victime d'abus sexuel en consultation : lorsque l'abus sexuel est diagnostiqué par le praticien lui-même, lorsque le secret est révélé spontanément par la patiente au gynécologue ou bien lorsque celle-ci lui est adressée par le système judiciaire.

Que savons-nous à propos ?

C'est seulement depuis quelques années que la littérature scientifique s'intéresse de manière approfondie au rôle du gynécologue lors du diagnostic d'abus sexuel chez une patiente. On parle encore trop peu de l'abus sexuel au cours des études de médecine ou lors des Colloques de Gynécologues.

Que nous apporte cet article ?

Cet article vise à décrire les implications gynécologiques, consécutives à l'abus, de même que les situations cliniques dans lesquelles le gynécologue peut être confronté à une victime de violences sexuelles en consultation.

INTRODUCTION

Il est évident qu'un abus sexuel entraîne systématiquement, de manière directe ou indirecte, un traumatisme chez la victime.

Depuis longtemps, de nombreuses publications décrivent les dysfonctionnements psychologiques et sociaux qu'entraînent les abus sexuels. Depuis quelques années seulement, les implications physiques consécutives à l'abus sont étudiées de manière approfondie (1). Il convient de distinguer séquelles primaires, directes, purement physiques, des séquelles indirectes, secondaires, psychosomatiques. Les premières surviennent le plus souvent immédiatement tandis que les secondes surviennent généralement à long terme. Parmi les séquelles physiques, primaires ou secondaires, d'un abus sexuel, on trouve des séquelles gynécologiques.

The gynecologist's point of view as to the diagnosis of sexual abuse cases seen at consultation

Sexual abuse impacts the victim on the psychological, social, and physical levels. The physical after-effects in the genital zone, whether direct or indirect, can affect the urinary, gynecological, or digestive systems. In this article, we have described the primary and secondary gynecological after-effects, with the latter including chronic pelvic pain that must be distinguished from chronic perineal pain. We have then focused on several clinical scenarios the gynecologist may encounter, at consultation, when confronted with a victim of sexual abuse: The sexual abuse may be diagnosed by the practitioner himself; the secret may be spontaneously revealed by the patient; the patient may be sent to the gynecologist by the judicial system.

What is already known about the topic?

It has only been for last few years that the scientific literature has become interested in the role of the gynecologist in eliciting the diagnosis of sexual abuse among his patients. Sexual abuse is not sufficiently dealt with in the course of medical studies or at gynecology conferences.

What does this article bring up for us?

This article seeks to describe the gynecological implications of sexual abuse, as well as the clinical situations when the gynecologist may be confronted with sexual abuse victims at consultation.

KEY WORDS

Sexual abuse, Aftereffect, Physical, Gynecological, Psychosomatic, Chronic pelvic pain, Diagnosis, Gynecologist, Judicial system

MOTS-CLÉS ► Abus sexuel, séquelle, physique, gynécologique, psychosomatique, douleur pelvienne chronique, diagnostiquer, gynécologue, système judiciaire

Il existe donc différents types de situations cliniques dans lesquelles le gynécologue peut être confronté à une victime d'abus sexuel. Il est primordial que lors de l'accueil et de la prise en charge de ces patientes, le médecin intègre cette notion de traumatisme.

SÉQUELLES GYNÉCOLOGIQUES D'UN ABUS SEXUEL

1. Séquelles physiques primaires

Les séquelles gynécologiques directes d'un abus sexuel peuvent être des lésions traumatiques vaginales et vulvaires en cas de rapports sexuels accompagnés de violences. Il peut s'agir également de déformations résiduelles vaginales lorsqu'une pénétration a eu lieu dans le petit corps d'une enfant (1). Toutefois, les séquelles organiques visibles de l'abus sexuel sont rares. Dans une étude parue en 2004 dans le *Lancet*, 96% des enfants abusés ont un examen clinique normal (2). Une autre conséquence gynécologique des abus sexuels est bien entendue la grossesse. Enfin, la victime peut présenter des infections gynécologiques. Il peut s'agir de vaginites ou de vulvites à répétition. La patiente peut aussi présenter des infections liées à des germes sexuellement transmissibles (*trichomonas vaginalis*, *chlamydia*, *gonococque*). Il peut aussi s'agir d'infections à *papilloma virus* avec ultérieurement, développement de dysplasie du col de l'utérus. Ainsi, une étude parue en 2009 montre que dans une population de femmes entre 18 et 24 ans, trouver une infection génitale à *papillomavirus* lors d'un examen de dépistage est 4 à 5 fois plus fréquent si la patiente a été victime d'un abus sexuel dans l'année qui précède (3).

2. Séquelles psychosomatiques

L'être humain est une unité corps-esprit indissociable. La maladie psychosomatique est causée par une rupture de ce fragile équilibre intérieur, lorsque d'importantes perturbations émotionnelles sont déclenchées par des expériences abusives. La plupart de ces agressions implique un contact corporel que l'abusé va physiquement mémoriser. Cette mémoire peut être mise en sourdine pendant un certain temps mais elle se manifesterá plus tard par diverses expressions psychosomatiques dans la zone génitale. Les symptômes pourront toucher le système urinaire, le système génital ou encore le système digestif bas. On pourra parfois observer des cumuls de symptômes entre ces divers systèmes. C'est ce qu'on appelle le syndrome cloacal. Pour mémoire, le cloaque est une membrane que l'on retrouve chez le fœtus de 3-4 semaines. Il s'agit d'un tissu pluripotentiel qui donnera naissance au système urinaire, génital et digestif bas. Toute cette zone a gardé la mémoire de cette pluripotentiaité commune et exprime donc la mémoire des abus sexuels subis sur ces différents appareils (4).

En ce qui concerne les séquelles génitales, il peut s'agir de douleurs pelviennes chroniques, que nous distinguerons des douleurs périnéales chroniques. D'autres troubles du

plancher pelvien peuvent aussi être, dans certains cas, une séquelle d'un abus sexuel.

Les douleurs pelviennes chroniques

Parmi les femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques, le taux de prévalence d'abus sexuel varie entre 48 et 56% selon les études (1). L'incidence d'abus est donc augmentée dans cette population. Une étude américaine de 2006 montre que la prévalence de douleurs pelviennes chroniques au sein d'une population de femmes adultes est de 22% lorsqu'aucune histoire de violence sexuelle n'est présente (la fréquence des abus sexuels dans la population générale est effectivement estimée dans la plupart des études entre 20 et 30%), 26% en cas d'antécédents d'abus sexuels sans viol et de 70% chez les patientes ayant subi un viol (5). L'ensemble des auteurs s'accordent donc à penser qu'il existe une corrélation forte entre les antécédents d'abus sexuels et les douleurs pelviennes chroniques.

Le consensus est moins clair en ce qui concerne les douleurs strictement périnéales.

Les douleurs périnéales chroniques

En effet, dans les études portant sur les patientes présentant des vestibulo-vulvodynies chroniques, la fréquence d'antécédents d'abus sexuels n'est pas augmentée par rapport à la population générale (6,7).

Cette répercussion différente des abus sexuels sur le pelvis et sur le périnée est assez curieuse. Une hypothèse explicative est une physiopathologie différente des douleurs pelviennes et des douleurs périnéales faisant intervenir des systèmes nerveux différents. Les douleurs pelviennes sont liées à l'innervation viscérale tandis que les douleurs périnéales sont liées à l'innervation somatique. Or, le stress génère avant tout un dysfonctionnement du système nerveux autonome et peut-être de la sensibilité viscérale (8).

Autres troubles du plancher pelvien

Les violences sexuelles peuvent aussi induire chez les victimes un vaginisme, de la dyspareunie (douleur au moment de pénétration vaginale), de la dysménorrhée (douleur au moment des règles) et un syndrome prémenstruel (9).

SITUATIONS CLINIQUES DANS LESQUELLES LE GYNÉCOLOGUE PEUT ÊTRE CONFRONTÉ À UNE VICTIME D'ABUS SEXUEL EN CONSULTATION

1. Le secret découvert par le gynécologue

Un grand nombre de victimes d'abus sexuels ne parlent jamais et gardent le secret toute leur vie. Dans ce cas, il existe souvent une période de latence entre les abus subis et les manifestations des séquelles. C'est uniquement si des symptômes surgissent qu'elles consulteront un médecin

pour les conséquences de ces abus. C'est dans ce contexte qu'une patiente peut se présenter en consultation de gynécologie. Comme elle ne fait pas le lien entre ses symptômes et les abus subis, elle n'en parle pas à son gynécologue. Les traitements des symptômes physiques n'ont pas d'effet sur l'origine de ces symptômes et c'est ainsi que, la plupart du temps, ce trouble psychosomatique évolue vers la chronicité (4).

Il est important de préciser que toutes les patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques ou tout autre trouble complexe du plancher pelvien n'ont évidemment pas toujours des antécédents d'abus sexuels. Il faudra toutefois penser à la possibilité d'antécédents d'abus sexuel dans trois types de circonstances. Tout d'abord, lorsque les symptômes se répètent fréquemment, résistent à tout traitement, ne répondent à aucune logique physiologique ou encore sont associés à des troubles du système urinaire et/ou digestif bas. Ensuite, devant une patiente présentant un périnée « figé », c'est à dire incapables de se contracter mais aussi de se relâcher. Enfin, lorsqu'une patiente présente une attitude inhabituelle à l'occasion d'un examen gynécologique. Cet examen hautement intime peut en effet constituer un facteur de résurgence. Cela peut être le refus de l'examen gynécologique en lui-même, un croisement irrépressible des cuisses, une crise de larme, une anxiété importante... Au cours de l'examen gynécologique, des choses vont parfois se dire sans même une question de notre part. Savoir et vouloir lire et entendre ces réactions, ces émotions peut permettre de faire de ces « perches tendues » de vrais outils de communication avec une patiente qui souffre physiquement et moralement (10).

Si le gynécologue suspecte une telle hypothèse, la plupart du temps, il est préférable de ne pas l'évoquer de manière explicite à la patiente. Cela ne modifierait pas la prise en charge thérapeutique à court terme qui est celle du symptôme du moment. Toutefois, il est indispensable lui faire comprendre que l'on suspecte un passé difficile. En effet si l'hypothèse d'un antécédent d'abus sexuel est correcte, c'est la patiente qui choisira le moment et l'interlocuteur qui lui conviennent pour aborder le problème. En outre, si cette hypothèse est erronée, cela évitera de semer inutilement le doute dans l'esprit de la patiente en affirmant la haute probabilité de violences sexuelles vécues antérieurement.

Si, suite à l'interpellation subtile du gynécologue qui la prend en charge pour une des séquelles gynécologiques indirectes, la patiente choisit de se confier à lui, une erreur serait de ne plus prendre en charge le symptôme d'appel et d'envoyer la patiente chez le psychiatre sans répondre à sa demande initiale. Bien sûr, il faudra l'orienter correctement car un accompagnement psychothérapeutique sera alors nécessaire mais tout en maintenant la prise en charge symptomatique du trouble gynécologique (11).

2. Le secret révélé spontanément par la patiente au gynécologue

C'est beaucoup plus rare mais il peut arriver que la victime consulte spontanément un gynécologue car elle a été victime de violences sexuelles. Dans ce cas, il faudra différencier l'agression récente, de moins de 72 heures, qui impose une prise en charge urgente, de l'agression plus ancienne (12).

En cas d'agression récente, il sera important que le gynécologue prenne le temps d'expliquer l'intérêt de déposer une plainte rapidement auprès de la police. Un examen clinique réalisé sans cadre légal ne sera pas (ou peu) recevable juridiquement. Par contre lorsque l'agression est plus ancienne, l'absence de ce contexte d'urgence permet une évaluation psycho-médico-sociale plus sereine.

3. La victime est adressée au gynécologue sur réquisition

Lorsqu'une victime d'abus sexuel porte plainte, une des étapes du processus judiciaire va être un examen clinique avec réalisation de différents prélèvements. Ceci peut parfois être réalisé par un gynécologue mandaté selon une procédure bien précise et au moyen de matériel prévu à cet effet dans un « Set d'Aggression Sexuelle ».

L'examen clinique

L'examen clinique est nécessaire pour essayer de recueillir des éléments de preuve. Celui-ci devra être réalisé avec un maximum de compétence. Le praticien devra avoir un comportement d'investigation irréprochable afin d'assurer la recevabilité des éventuelles preuves lors du jugement et afin d'éviter à la victime la répétition des examens génitaux. Il conviendra bien entendu d'être le plus respectueux possible, de prendre le temps nécessaire tout en réalisant la procédure le plus rapidement possible, de rester discret et non intrusif sans être froid afin de ne pas causer, par cette procédure, un traumatisme supplémentaire pour la victime.

Tout d'abord, le médecin réalisera un examen général de l'ensemble du corps de la victime afin de décrire toutes éventuelles lésions de manière minutieuse. L'examen est consigné sur un schéma. On notera la localisation et le type de lésions (plaie, hématome,...).

On procédera ensuite à l'examen génital. Il est important qu'il soit complet avec inspection de la face interne des cuisses et de la vulve (grandes lèvres, petites lèvres, vestibule), description soignée de l'hymen par traction divergente des grandes lèvres (sa forme, sa largeur, l'aspect des bords libres) et observation de la taille de l'orifice vaginal de l'hymen. Si c'est possible, un spéculum sera mis en place afin d'inspecter l'aspect des bords latéraux de l'hymen et du vagin, des culs-de-sac vaginaux et du col utérin. Le degré de perméabilité de l'hymen peut être testé délicatement ; d'abord avec le petit doigt puis, selon la tension de l'hymen avec 1 voire 2 doigts.

L'anus et les plis radiés sont également regardés.

Les prélèvements

Les prélèvements visent à la fois, à identifier l'agresseur mais aussi à prévenir les complications.

Afin d'avoir une chance de trouver des traces de l'auteur des faits, les prélèvements sont à réaliser le plus tôt possible après l'agression, sans toilette préalable. Les différentes localisations où des prélèvements sont à réaliser seront établies en fonction des faits. On pourra prélever au niveau de la peau, sous les ongles, au niveau de la gorge, de la vulve, du vagin, de l'anus ou encore sur d'éventuelles tâches (de sang, de sperme, de salive) laissés sur les vêtements de la victime. Plusieurs prélèvements seront réalisés pour permettre les contre-expertises. On essaiera également de recueillir des poils ou cheveux de l'agresseur. Les analyses de ces prélèvements sont des analyses génétiques et une recherche de spermatozoïdes.

En plus des prélèvements visant à identifier l'agresseur, des prélèvements génitaux et sanguins sont faits afin de prévenir les complications. On procédera à une recherche des maladies sexuellement transmissibles : *gonocoque*, *chlamydia*, *syphilis*, *HIV*, *hépatite B* et *C*. En cas de doute, la recherche d'une grossesse par dosage sanguin sera réalisée.

Selon les déclarations de la victime ou en cas de doute du clinicien une recherche sanguine et urinaire de toxiques sera réalisée (12).

CONCLUSION

Les femmes victimes d'abus sexuels sont nombreuses. Le gynécologue en côtoiera donc régulièrement au cours de sa pratique clinique. Parmi les patientes qui consultent pour des symptômes gynécologiques, certaines ont besoin,

en plus de l'approche somatique classique, d'une prise en charge intégrée plus complexe si c'est un antécédent d'abus sexuel qui alimente leur symptôme. C'est au gynécologue, dans sa pratique quotidienne, à avoir une attitude ouverte et attentive afin de permettre à ces femmes de lever le voile sur le douloureux secret qu'elle porte.

Et, si le gynécologue est amené à accueillir une victime qui se confie à lui ou s'il doit l'examiner dans le cadre d'un constat, il sera hautement important que chaque parole dite, chaque acte posé, le soit avec toute la compétence et tout le respect que la prise en charge de ces femmes meurtries exigent.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Le gynécologue doit penser à la possibilité d'abus sexuel face à des douleurs pelviennes chroniques ou tout trouble complexe du plancher pelvien dans trois types de circonstances :

- Les symptômes se répètent fréquemment, résistent à tout traitement, ne répondent à aucune logique physiologique ou sont associés à des troubles du système urinaire et/ou digestif bas.
- La patiente est incapable de relâcher son périnée.
- La patiente présente une attitude inhabituelle à l'occasion d'un examen gynécologique.

Si le gynécologue est confronté à une patiente victime d'abus sexuel suite à une agression récente, il sera primordial que sa prise en charge soit réalisée à la fois avec un maximum de compétence afin d'assurer la recevabilité des éventuelles preuves lors du jugement mais également avec un maximum d'empathie, en intégrant la notion de traumatisme dans sa manière d'aborder la patiente.

RÉFÉRENCES

1. Watier A *et al.* Implications à long terme des abus physiques/sexuels sur la sphère pelvi-périnéale. *Acta Endoscopica* 2002 ; 32 (3) : 251-258.
2. Johnson CF. Child sexual abuse. *Lancet* 2004 ; 364 : 462-470.
3. Wingood G *et al.* Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. *Sex Transm Dis* 2009 ; 36 (12) : 784-786.
4. Gauthier C. Les abus sexuels : une cause des maladies psychosomatiques. *Rev Med Liège* 2010; 65 (7-8) : 437-441.
5. Chandler HK *et al.* Localization of pain and self-reported rape in a female community sample. *Pain Med* 2006 ; 7 (4) : 344-352.
6. Gordon A *et al.* Characteristic of women with vulvar pain responses to a web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003 ; 29 (1) : 45-58.
7. Dalton VK *et al.* Victimization in patients with vulvar dysesthesia/ vestibulodynia. Is there an increased prevalence ? *J Reprod Med* 2002 ; 47 : 829-834.
8. Riant T *et al.* Douleurs pelvi-périnéales chroniques et antécédents d'agression sexuelle. Quelles conséquences thérapeutiques ? *Pelv Perineol* 2006 ; 1 : 272-280.
9. Thomas J-L. Les pathologies en lien avec les violences sexuelles. 13/01/2014. *Stop aux violences sexuelles, 1ère Assises Nationales*, Paris.
10. Lachowsky M et Winaver D. *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Masson, 2007.
11. Labat J-J. Conséquences pelvi-périnéales des abus sexuels. *Pelv Perineol* 2006 ; 1 : 264.
12. Lopès P. Prise en charge des victimes d'abus sexuels. In : Manuel de Sexologie. Masson, 2007.

Correspondance

Dr. NATHALIE MICHAUX

Gynécologue et Sexologue
Coordinatrice du CMS (Centre de Médecine Sexuelle)
CHU UCL NAMUR Site Godinne
nathalie.michaux@uclouvain.be

LE POINT DE VUE DES INFIRMIÈRES D'UROLOGIE

F. Thuysbaert*, S. van der Does*, B. Leroy*, A.F. Meurisse* et R.J. Opsomer**

PHYSICAL AND FONCTIONAL SEQUELAE OF SEXUAL ABUSE:

The urology nurses' point of view

Nurses are often confronted with patients exhibiting complex functional urinary or sexual symptoms. With respect to these complaints, a history of sexual abuse is at times "unveiled" by the patients during (invasive) urodynamic tests. How can these patients be helped and to whom should they be referred?

KEY WORDS

sexual abuse, urodynamic tests, cystoscopy, clean intermittent catheterization

What is already known about the topic?

Patients seldom talk with their general practitioner or specialist about the delicate problem of sexual abuse, mainly due to lack of time or owing to the fear of being wronged. What exactly is the communication role of the paramedical personnel, including nurses, social assistants, kinesiologists, etc.?

What does this article bring up for us?

The testimonies of the urology nurses, involved in healthcare techniques and invasive procedures, may be the starting point to elicit a brainstorming session on the sexual abuse problematic and on patient referrals to specialized centers

Les infirmières d'urologie sont souvent amenées à prendre en charge, lors d'examens techniques, des patients présentant des symptômes mictionnels et/ou sexuels complexes. À cette occasion, une histoire d'abus sexuels peut être révélée par le patient / la patiente. Comment aider ces patients et à qui faut-il les référer ?

Que savons-nous à ce propos ?

Les patients abordent rarement le délicat problème des abus sexuels avec leur médecin généraliste ou spécialiste, faute de temps ou par peur d'être éconduits.

Quid de la communication avec les collaborateurs(trices) paramédicaux : infirmières, kinés, assistantes sociales...

Que nous apporte cet article ?

Les témoignages des infirmières d'urologie, impliquées dans des techniques de soins ou des examens invasifs, peuvent être le point de départ d'une réflexion commune autour de la problématique des abus sexuels et d'une orientation des patients vers des centres spécialisés.

INTRODUCTION

L'urologie est une spécialité médico-chirurgicale qui regroupe les pathologies de l'appareil urinaire de l'homme et de la femme et de l'appareil génital de l'homme. L'urologie, tout comme d'autres secteurs de la médecine, comporte des pathologies fonctionnelles dont certaines n'ont pas ou peu de base organique. C'est ainsi que certains troubles mictionnels (pollakiurie, urgences mictionnelles, incontinence diurne voire énurésie nocturne secondaire) peuvent être fortement influencés par des situations conflictuelles ou anxiogènes (1). Certains troubles sexuels (manque de maintien des érections, éjaculation prématurée ou, au contraire, éjaculation retardée voire carrément absente, dyspareunie, désir sexuel hypoactif) peuvent être le reflet de troubles anxieux, dépressifs ou relationnels ou le révélateur d'une angoisse de performance.

"La vessie est le miroir de l'âme"

(adage attribué à Confucius)

LE CONTEXTE – LA DÉLÉGATION DES COMPÉTENCES

Les pathologies fonctionnelles urinaires et sexuelles nécessitent un bilan paraclinique, parfois invasif, touchant à l'intimité des patients. L'infirmière qui réalise ces examens est alors en première ligne pour « recevoir » des informations parfois tenues secrètes pendant des années....C'est là que l'attitude d'écoute empathique est essentielle (1,2).

La délégation des compétences a été introduite dans le laboratoire d'urodynamique des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles, il y a une vingtaine d'années. En bref, des tests ou des techniques spécifiques à l'urologie sont confiées à des infirmières / infirmiers après un écolage (compagnonnage) intensif de plusieurs mois. L'urologue (RJO) responsable du laboratoire est présent dans le service durant les tests; il passe d'une cabine d'examen à l'autre. Après analyse des résultats des examens, il commente l'examen avec le patient et il propose un traitement ou un complément d'investigations dans les cas complexes.

La médecine moderne est une médecine d'équipe. Fini la médecine verticale et le « mandarinat ». Le patient est au centre de nos préoccupations. Les infirmières jouent un rôle essentiel dans ce « partenariat » (3). Elles doivent donc être le relais entre les patients et les médecins. Elles représentent un « maillon » essentiel dans la philosophie de l'inter-métier. Dans le laboratoire d'urodynamique des Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles, les résultats des examens sont analysés en détail avec les infirmières / infirmier et une proposition est ensuite formulée et communiquée au patient.

ET MAINTENANT LA PAROLE EST AUX INFIRMIÈRES ...

« En consultation d'urologie, en tant qu'infirmières, nous réalisons, entre autres, les bilans urodynamiques, nous préparons les patients pour les cystoscopies et les tests neurophysiologiques et nous initiions les patients à la technique du sondage vésical intermittent.

Voici quelques précisions concernant ces examens et techniques :

• Le bilan urodynamique

Principe

C'est l'étude du fonctionnement du bas appareil urinaire : étude du cycle continence - miction (4).

Procédure

Nous installons le patient (la patiente) en position assise sur une table d'examen équipée d'un débitmètre (pour qu'il / elle puisse uriner), raccordé à un ordinateur et une table de radiologie en cas d'examen vidéo-urodynamique

(Figure 1). Pour respecter l'intimité du patient et le mettre à l'aise, nous lui proposons une blouse d'examen adaptée. Une fine sonde à deux voies est introduite dans la vessie pour mesurer la pression intra-vésicale et assurer le remplissage de la vessie. Un toucher rectal nous permet de vérifier le tonus musculaire du sphincter et le contrôle volontaire sur le plancher périnéal. Pour la mesure de la pression abdominale, un petit ballonnet est placé dans le rectum. Toutefois, si le patient n'accepte pas la mise en place du ballonnet, nous devons respecter ce choix et adapter alors notre examen en conséquence. Des gestes particulièrement intrusifs, tels que le sondage vésical et la mise en place de ce ballonnet, sont expliqués au patient, et effectués avec son accord. Ils doivent être réalisés avec prudence et respect. Nous devons agir aussi en fonction de l'âge des patients (enfants, adolescents, adultes, 4^e âge) et de leurs expériences de vie.

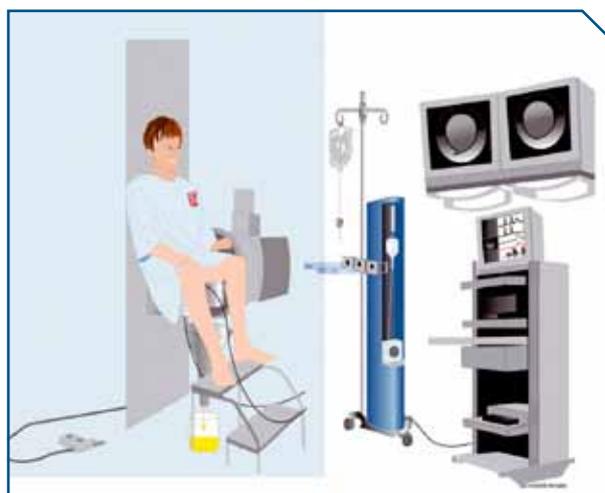


Figure 1 : Installation du patient sur la table d'examen vidéo-urodynamique (Référence : Opsomer RJ, Leroy B. Les examens urodynamiques : techniques et objectifs. In : *Les incontinences urinaires de l'homme : diagnostics et traitements*, Chp 10, Springer, Paris, 2011).

L'examen urodynamique dure en moyenne 90 minutes, temps durant lequel nous restons aux côtés du patient, ce qui favorise bien souvent l'échange et le dialogue. En général deux remplissages de vessie sont réalisés (au liquide physiologique ou au produit de contraste), suivis, si possible, à chaque fois d'une miction spontanée, avec ou sans sonde. Pour impliquer le patient activement dans l'examen et l'aider à comprendre le déroulement de celui-ci, nous lui proposons de suivre sur l'écran de l'appareil d'urodynamique et sur l'écran de scopie, le cas échéant, l'évolution des courbes manométriques et des clichés radiographiques. Toutes les informations colligées durant ce bilan sont alors commentées et expliquées : la mesure des pressions, la capacité vésicale, l'hyperactivité du détrusor, les circonstances des fuites éventuelles, une hypertonie sphinctérienne ou la présence d'un résidu post-mictionnel.

Chaque examen est réalisé en fonction des symptômes évoqués par le patient. Sa collaboration est indispensable car il doit nous signaler son ressenti : douleurs, besoins,

fuites... Ces informations sont alors listées au fur et à mesure de l'enregistrement. Lorsque l'examen est terminé, le médecin revoit le patient pour lui donner son diagnostic et les propositions thérapeutiques. S'il y a lieu, nous aidons le patient pour la prise des rendez-vous ultérieurs.

• La cystoscopie

Principe

La cystoscopie a pour but de visualiser l'urètre et la vessie à l'aide d'un endoscope. Un écran permet au patient de suivre le déroulement de l'examen.

Procédure

Nous accueillons le patient et l'informons du déroulement de l'examen. Si nécessaire, nous l'aidons à se déshabiller et l'installons sur la table d'examen. Avant l'introduction du cystoscope, une désinfection des organes génitaux sera réalisée par nos soins, ainsi que l'injection d'un gel lubrifiant et anesthésiant dans l'urètre. Tout au long de la cystoscopie, nous assistons le patient physiquement et psychologiquement. Une relaxation optimale du patient permet un passage plus aisé du cystoscope. En fonction du diagnostic, un traitement est proposé au patient. Nous aidons éventuellement le patient à comprendre l'importance des directives médicales et nous lui reformulons les explications, si nécessaire.

• Le sondage vésical intermittent

Principe

Le sondage intermittent consiste à vider la vessie plusieurs fois par jour par un sondage « in-out » ou sondage évacuateur. Le sondage peut être réalisé par le patient lui-même (auto-sondage) ou par son entourage (hétéro-sondage), de manière « propre » mais non stérile. Cette technique est proposée aux patients en rétention urinaire, ou avec d'importants résidus post-mictionnels.

Procédure

Il est important de choisir avec le patient le moment le plus adéquat pour l'apprentissage de la technique. En effet ce geste peut être ressenti comme une expérience stressante : « peur de ne pas y arriver ». Lorsque nous parlons d'auto-sondage, cela représente une procédure nouvelle à intégrer dans un quotidien pas toujours facile ; et qui plus est, une procédure invasive qui a bien souvent des impacts émotionnels et psychologiques. Pour la femme, le repérage du méat urétral est plus difficile et nous utiliserons un miroir pour visualiser l'orifice. Le reflet des zones intimes visualisées dans le miroir peut entraîner un sentiment de gêne pour la patiente.

Lors de cet apprentissage, nous aurons l'occasion de voir le patient à plusieurs reprises pour lui permettre de maîtriser cette technique à son rythme. Dans la mesure du

possible, nous tâchons de suivre personnellement le patient, en utilisant nos compétences en éducation thérapeutique. Il s'agira d'évaluer avec lui ses connaissances, sa compréhension, ses aptitudes, son comportement et finalement sa compliance. Le traitement par cathétérisme intermittent peut être temporaire (quelques jours à quelques semaines) ; il est parfois définitif (spina bifida, blessés médullaires).

• Les tests neurophysiologiques

Principe

Ces tests explorent l'intégrité des voies nerveuses contrôlant le bas appareil génito-urinaire.

Procédure

Le patient est placé en position de lithotomie (position gynécologique). Un petit stimulateur électrique est placé sur la face dorsale du pénis et les réponses sont enregistrées au moyen de 2 électrodes d'EMG appliquées au niveau des muscles bulbo-caverneux (étude de l'arc réflexe sacré) ou 2 électrodes d'EEG (potentiels évoqués somesthésiques).

DISCUSSION : LE RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN UROLOGIE

Ces techniques urologiques « apparemment » anodines pour les cliniciens sont parfois l'élément déclencheur ou le révélateur de souvenirs ou de situations douloureuses pour le (la) patient(e). L'infirmière joue un rôle crucial car, par son écoute et sa bienveillance, elle met le patient en confiance.

Dans un premier temps, il s'agit de rassurer le (la) patient(e) quant au déroulement de l'examen (4). Très fréquemment, les patients appréhendent ces examens : les informations données lors de la prise de rendez-vous, ou collectées sur internet, ne sont pas toujours bien intégrées, ou peuvent être anxiogènes, et amener le (la) patient(e) à postposer voire annuler son rendez-vous. Une première approche se fait par l'anamnèse infirmière. Nous mettons en œuvre une attitude d'acceptation et de compréhension. Nous commençons par un recueil de données et d'informations concernant, entre autres, les habitudes mictionnelles et les plaintes urologiques qui motivent le/la patiente à consulter. Nous prenons soin de poser les bonnes questions, avec des termes clairs, compréhensibles et non choquants. Les termes employés sont choisis : on demande ainsi à la personne si elle souffre de fuites urinaires et non pas d'incontinence ; nous parlons de protections plutôt que de langes et nous évitons le mot « impuissance sexuelle » et parlerons de troubles érectiles ou éjaculatoires.

La difficulté à cet instant, est de veiller à ne pas « se faire une idée de l'autre », mais de rester centré sur les plaintes du patient, aller à la découverte de ce que le (la) patient(e) veut (nous) dire, à cet instant ou plus tard, s'il (elle) le désire. Ce travail d'écoute est un travail sur soi, l'intonation

ou les commentaires du soignant peuvent fermer la confiance (5,6). À ce moment, s'installe (ou pas) une relation de confiance. Les troubles urinaires et sexuels sont encore trop souvent tabous et pourtant ils sont si invalidants mais des solutions existent. Un sentiment de honte, de perte de l'estime de soi peut alors s'installer et pousser les patients à s'isoler. Le simple fait de pouvoir « déposer sa souffrance », diminue l'isolement. La révélation d'abus sexuels est parfois abordée par le/la patient(e) non pas pendant l'anamnèse mais au décours de l'examen ou de la technique (par exemple au moment du sondage ou la mise en place du ballonnet rectal).

À l'issue de ces examens, une proposition thérapeutique sera formulée par le médecin après concertation avec les infirmières. À ce moment, s'il y a révélation d'abus sexuels, le symptôme urinaire (sexuel) pourra être initiateur d'un début de dialogue, voire d'une prise en charge plus spécifique si le (la) patient (e) le souhaite. Dans ce cas, un contact sera pris avec les structures, organisations, cellules d'accueil et d'écoute pour assurer un suivi spécifique de la problématique autour de l'abus.

Présentation de 3 vignettes cliniques

Vignette 1 : Mme B. - 78 ans

Cette dame âgée consulte pour des infections urinaires à répétition. Les examens mettent en évidence une mauvaise vidange vésicale. Lors de l'apprentissage à la technique de l'auto-sondage vésical intermittent, au moment du repérage du méat urétral avec le miroir, la patiente confie à l'infirmière, et ce pour la première fois, le souvenir d'abus sexuels durant son enfance et début d'adolescence.

Vignette 2 : Mme M. - 49 ans

Un bilan urodynamique est demandé chez cette patiente pour une incontinence urinaire. Lors de l'anamnèse et pendant l'installation pour l'examen urodynamique, elle confie son désarroi à l'infirmière: le décès récent de son père a réveillé en elle des souvenirs refoulés d'attouchements et d'abus perpétrés par celui-ci pendant son adolescence.

Vignette 3 : Mr S. - 35 ans

Ce patient consulte pour « anéjaculation » lors des rapports sexuels. Toutefois l'éjaculation est obtenue à la masturbation en solo. Le patient rapporte des attouchements

indélicats par un de ses professeurs au début de ses études secondaires. Aujourd'hui, le fait de «devoir» éjaculer dans «la cavité vaginale» de sa partenaire lui rappelle des souvenirs insoutenables et le « bloque ». Il est persuadé qu'il existe une base organique à son symptôme. Toutefois le bilan neurophysiologique se révélera normal.

CONCLUSIONS

Les antécédents d'abus sexuels responsables de troubles urinaires et /ou sexuels chez les adolescents ou à l'âge adulte sont fréquents. Contrairement à certaines affirmations lapidaires, ces abus ne sont pas le triste apanage des fillettes et adolescentes ; les jeunes garçons aussi, dans une moindre proportion cependant semble-t-il, peuvent également être victimes de ces comportements déviants pratiqués par des adultes.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

En de nombreux secteurs de la médecine en 2015, la délégation des compétences est devenue la règle. Les infirmières d'urologie sont en première ligne dans la prise en charge des pathologies fonctionnelles génito-urinaires. L'anamnèse infirmière est la première étape dans la prise de contact : le/la patient(e) est mis(e) en confiance.... ce qui est primordial au moment du « dépôt » des confidences telles que des antécédents d'abus sexuels...

L'infirmière entre alors dans le « *jardin secret* » du patient. Elle pourra l'aider dans son cheminement, tout en respectant son autonomie. *Aider sans s'imposer.*

RÉFÉRENCES

1. Cour F, Robain G, Claudon B, Chartier-Kastler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et sphinctériens. *Prog Urol.* 2013; 23: 780-792.
2. Labat JJ. Abus sexuel et syndrome d'hyperactivité vésicale – Congrès QUID, Annecy, 2014, p. 27-36.
3. Meurisse AF, Hubinon M, Damiens MP, Martinez C, Beguin AM, Opsomer RJ. Les compétences et missions de l'infirmière clinicienne en pathologie urinaire. In : *Les incontinences urinaires de l'homme : diagnostics et traitements*, Opsomer RJ et de Leval J (ed) Chp 40, Springer Paris, 2011.
4. Opsomer RJ, Leroy B. Les examens urodynamiques : techniques et objectifs. In : *Les incontinences urinaires de l'homme : diagnostics et traitements*, Opsomer RJ et de Leval J (ed) Chp 10, Springer Paris, 2011.
5. Randin JM. Qu'est-ce que l'écoute ? Des exigences d'une si puissante « petite chose », *Approche Centrée sur la Personne* 2008/1, N°7, 71-78.
6. Grisart J. Douleur chronique, histoires de rencontres... *Douleurs et Analgésie*, 2011, 24, 38-45.

AFFILIATIONS

- * Infirmière/infirmier, Laboratoire d'urodynamique, Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles
- ** Médecin responsable et coordonnateur, Laboratoire d'Urodynamique et Centre de Pathologie Sexuelle Masculine (CPSM), Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles

Correspondance

Mme FABIENNE THUYSBAERT

Infirmière Ressource en Urologie
Cliniques universitaires Saint-Luc
avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles
fabienne.thuysbaert@uclouvain.be

LE POINT DE VUE DE LA GASTRO-ENTÉROLOGUE

M.A. Denis

Des antécédents d'abus sexuels sont fréquemment retrouvés chez les patients consultant pour des plaintes digestives notamment des troubles fonctionnels intestinaux, de l'anisme ou des douleurs pelviennes chroniques. Même si le traumatisme n'est pas révélé par le patient, son histoire clinique et/ou son comportement peuvent attirer l'attention. Le rôle du médecin sera de reconnaître et de prendre en charge la plainte organique en évitant les gestes ou traitements intrusifs, et d'encourager une prise en charge psychologique même si elle peut ne pas être acceptée d'emblée.

Que savons-nous à ce propos ?

Les abus sexuels peuvent entraîner de nombreuses répercussions, et, au niveau digestif, être responsables de séquelles organiques et fonctionnelles.

Que nous apporte cet article ?

Il apporte des réflexions sur le rôle et la position du médecin dans la prise en charge de ces patients, en tenant compte de la dualité de la plainte somatique et psychique.

INTRODUCTION

L'abus sexuel représente un acte à connotation sexuelle imposé contre son gré à une personne qui n'a pas les moyens physiques ou moraux suffisants pour les repousser. Cette notion est très large et englobe le viol, l'exhibitionnisme, le harcèlement sexuel. Il peut s'agir d'un acte isolé ou répété, commis par un étranger ou un membre de la famille, avec ou sans violence physique.

On évalue la fréquence des abus sexuels à 8-10% chez l'homme et 12-25% chez la femme (1).

LES SÉQUELLES DIGESTIVES DES ABUS SEXUELS

Sur le plan gastroentérologique, les abus sexuels peuvent être responsables de séquelles organiques et fonctionnelles.

Physical and functional sequelae of sexual abuse - Medical aspects: the secret revealed at consultation or on diagnostic examination...

The gastroenterologist's point of view

Sexual abuse history is common among patients consulting for gastrointestinal complaints, especially for functional gastrointestinal disorders, anismus, or chronic pelvic pain. Although the abuse may not be disclosed by the patient, the clinical history or the patient's behavior can be suggestive. The role of the medical practitioner is to recognize and manage the somatic complaints, while avoiding intrusive examinations or treatments, and encourage the patient to seek psychological counseling, even if this is often refused at first.

What is already known about the topic?

Sexual abuse may be associated with multiple consequences, including organic and functional sequelae at the digestive system level

What does this article bring up for us?

This article provides new insights into the role and position of the treating physician regarding the management of sexual abuse victims, taking into account both the somatic and psychic dimensions of the patient's complaints.

KEY WORDS

sexual abuse, functional intestinal disorders, pelvic pain, somatic and psychological complaints

Séquelles organiques

Elles peuvent être aiguës ou chroniques, citons les infections, les hémorragies, les plaies ou perforations ano-rectales, ou encore les ruptures sphinctériennes responsables d'incontinence.

Séquelles fonctionnelles

- Les troubles fonctionnels intestinaux : ils sont fréquents chez ces patients. Que ce soit des douleurs abdominales, du ballonnement, de la constipation ou de la diarrhée, plusieurs études ont montré que plus de 40% des patients souffrant de troubles fonctionnels intestinaux avaient des antécédents d'abus sexuel (2- 4).
- L'anisme : se définissant comme une contraction paradoxale de l'appareil sphinctérien à l'effort de poussée, ce trouble est également retrouvé avec une nette prépondérance chez les personnes aux antécédents d'abus sexuel. Une étude de Leroi (5) comparant des manométries anorectales, retrouvait de l'anisme chez 39/40 femmes ayant des antécédents d'abus sexuel, contre seulement 6/20 témoins.
- Les douleurs pelvi-périnéales chroniques : chez les femmes consultant pour des douleurs pelviennes chroniques, on retrouve dans environ la moitié des cas un antécédent d'abus sexuel (6, 7). Les interventions chirurgicales pelviennes, parfois multiples, sont également plus fréquentes chez ces patientes. Les répercussions douloureuses peuvent être d'autant plus importantes que l'abus a généré un état de stress post-traumatique.

LE PATIENT ABUSÉ FACE AU MÉDECIN (GASTRO-ENTÉROLOGUE)

L'aveu d'un abus sexuel pourra être fait par le patient lui-même, soit d'emblée lors du premier contact avec le médecin, soit à l'occasion d'une visite ultérieure.

Les examens techniques, notamment la réalisation d'une manométrie ano-rectale en cas d'anisme, peuvent être vécus de façon traumatisante par le patient abusé et être alors un indice laissant suspecter cet antécédent, mais pourront également être l'occasion au patient de se confier.

Enfin, d'autres patients s'enfermeront dans une attitude de déni. Ce blocage peut être un moyen pour la personne abusée de maintenir un certain équilibre interne.

LE MÉDECIN (GASTRO-ENTÉROLOGUE) FACE AU PATIENT ABUSÉ

Quand y penser ?

Plusieurs éléments peuvent attirer l'attention du médecin, notamment un parcours médical compliqué et chargé

avec des plaintes persistantes malgré de multiples consultations, examens complémentaires, interventions chirurgicales. D'un autre côté, l'attitude du patient, qui évite ou refuse de se soumettre à un examen clinique ou des investigations complémentaires jugées invasives, peut également mettre la puce à l'oreille.

Comment aborder la question ?

Poser la question directement est difficile et peut être mal vécu. Par contre, le patient peut réagir plus facilement à des questions indirectes sur d'éventuels événements difficiles du passé associés au début des symptômes, ou des remarques plus générales sur l'association entre ses symptômes et des antécédents de traumatisme ou d'abus sexuel.

Quelle attitude adopter ?

À partir du moment où un antécédent d'abus est suspecté, le médecin devra de toute façon être très prudent par rapport à tout geste, examen ou traitement intrusif.

L'écoute du patient et la reconnaissance de sa souffrance sont importantes. Il faudra éviter de fuir la situation en renvoyant d'emblée le patient chez le psychiatre, et accorder aussi de l'importance à sa plainte somatique.

Enfin, il faudra veiller à éviter les situations d'agression lors de l'examen, limiter les investigations complémentaires (parfois redondantes) et les thérapeutiques agressives (notamment la chirurgie).

Quelle prise en charge ?

La prise en charge de ces patients doit être multidisciplinaire, et doit considérer aussi bien la composante somatique que psychique (8).

Le gastro-entérologue est au premier plan pour la mise au point et le traitement de la plainte organique. Il pourra s'aider des kinésithérapeutes et des algologues.

Il devra également tenir compte de la composante psychique et proposer une prise en charge psychologique voire psychiatrique au patient, tout en sachant qu'elle ne sera peut-être pas acceptée d'emblée. Le patient doit en effet être prêt à supporter toute la souffrance qui sera ravivée par la reviviscence des abus lors de la thérapie.

Enfin, il ne faudra pas oublier l'aspect judiciaire, d'autant plus que le patient peut toujours être confronté à l'abus lorsqu'il décide de consulter.

CONCLUSION

Les abus sexuels sont malheureusement fréquents. Leurs conséquences au niveau digestif le sont également, en particulier au niveau fonctionnel. Il faut donc y penser pour pouvoir avoir une attitude et une prise en charge adaptées, en reconnaissant le patient, sa souffrance, et sa plainte tant somatique que psychologique. La prise en charge doit être multidisciplinaire.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

- Ne pas oublier que les plaintes digestives et notamment fonctionnelles sont fréquemment associées à un antécédent d'abus sexuel.
- Y penser chez un patient à l'histoire clinique chargée et/ou au comportement de fuite ou de refus devant un examen ou traitement intrusif.
- La prise en charge doit être multidisciplinaire et doit concerner aussi bien la plainte organique que psychologique.

RÉFÉRENCES

1. Beck JJ, Bekker MD, van Driel MF, Roshani H, Putter H, Pelger RC, Elzevier HW. Prevalence of sexual abuse among patients seeking general urological care. *J Sex Med* 2011; 8: 2733-2738.
2. Leroi AM, Bernier C, Watier A, Hemond M, Goupil G, Black R, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10:200-6.
3. Drossman DA. Physical and sexual abuse and gastrointestinal illness: what is the link? *Am J Med* 1994; 97: 105-7.
4. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterol* 1994; 107: 1040-1049.
5. Leroi AM, Berkelmans I, Denis P, Hemond M, Devroede G. Anismus as a marker of sexual abuse. Consequences of abuse on anorectal motility. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 1411-1416.
6. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 75-80.
7. Walling MK, Reiter RC, O'hara MW, Milburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women: I. Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 193-9.
8. Riant T, Labat JJ, Rigaud J. Douleurs pelvi-péri-néales chroniques et antécédents d'agression(s) sexuelle(s). Quelles conséquences thérapeutiques ? *Pelv Perineol* 2006; 1 : 272-280.

Correspondance

Dr. MARIE-ARMELLE DENIS

Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de Gastro-Entérologie
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles
marie.denis@uclouvain.be

L'EXPÉRIENCE D'UN MÉDECIN GÉNÉRALISTE

A.F. Gennotte

The article addresses the case of multiple sexual abuses in persons with mental or physical disabilities who are institutionalized. It focusses on the long-term medical consequences of sexual abuse and on the relationship between childhood sexual abuse and overuse of medical care.

KEY WORDS

Long-term consequences of childhood sexual abuse, overuse of medical care, secondary victimization, incest survivors

L'article présente une situation d'abus sexuels multiples chez des personnes porteuses d'un handicap mental ou physique en milieu institutionnel. Il aborde la problématique des conséquences délétères sur la santé à court et moyen terme des abus sexuels vécu dans l'enfance. Il termine en évoquant les challenges rencontrés pour le suivi médical au long cours des personnes adultes qui ont été abusées dans leur enfance et en particulier celles qui ont vécu l'inceste.

En 1989, suite à la rencontre avec Zoe Milher, j'ai participé à la fondation de SOS Inceste Belgique.

Pendant plusieurs années, en parallèle d'autres activités médicales, j'ai accompagné et soutenu des personnes (essentiellement des femmes) qui avaient été abusées sexuellement pendant leur enfance ou leur adolescence. Avec d'autres membres de l'ASBL, j'ai mené des entretiens de premier accueil et de soutien, et accompagné des personnes auprès de médecins, d'avocats, dans des services hospitaliers, des services de police et des tribunaux. Je les ai beaucoup écoutées. Dans leurs récits, il a été plus question de peurs, de souffrances, de lutte, de survie ou de dignité que de symptômes. Je n'étais pas dans une approche d'anamnèse médicale, mais plus dans une approche de « passeur » vers d'autres intervenants y compris médicaux.

Par la suite, mon travail s'est orienté prioritairement vers la prise en charge hospitalière de patients VIH et vers un travail de médecine générale dans un centre de santé mentale pour des personnes demandeuses d'asile et victimes de tortures. Dans ces contextes, des hommes et des femmes m'ont révélé avoir été abusées dans l'enfance, l'adolescence ou à l'âge adulte avec comme conséquence chez certaines personnes une contamination par le VIH.

En 1994, avec l'équipe hospitalière avec laquelle je travaillais, je fus confrontée à la situation d'une vague de contaminations VIH survenue chez une dizaine de femmes vivant dans deux centres résidentiels wallons qui accueillaient des personnes âgées, des personnes porteuses d'un handicap mental /physique et /ou souffrant de troubles psychiatriques. Il fallu plusieurs années (et la rencontre pour l'un d'elle avec l'abuseur dans la salle d'attente de la consultation VIH) pour que l'une après l'autre elles puissent révéler, ce qu'elles avaient subi de la part du veilleur de nuit qui travaillait dans les deux services. Le terme « viol » dans leur bouche n'est venu que beaucoup plus tard. Les révélations étaient empreintes de terreur, de peur de représailles omniprésente et d'un sentiment d'insécurité et d'impuissance permanent ; cette peur panique, cet état de sidération et d'insécurité, cette conviction que « personne ne les croirait », me rappelaient ce que j'avais entendu chez des personnes victimes d'inceste que j'avais suivies.

Le sommet fut atteint quand celle qui avait reconnu l'abuseur dans la salle d'attente de l'hôpital se trouva face à lui dans l'Hôpital psychiatrique où elle avait été admise. Difficile d'imaginer ce qu'une personne en chaise roulante (des suites d'une anoxie néonatale) peut ressentir face à son violeur « en blouse blanche ». Le veilleur avait tranquillement suivi des études d'infirmier et était venu la menacer dans sa chambre. C'est dire si les réponses institutionnelles et judiciaires avaient été rapides et ce n'est pas faute, en tant qu'équipe soignante d'avoir alerté toutes les « instances et autorités » possibles et d'avoir soutenu/porté les patientes dans les démarches policières et judiciaires. C'est après plusieurs années que le veilleur de nuit fut condamné en correctionnel, sa peine fut alourdie en Cour d'Appel mais en son absence car le tribunal correctionnel n'avait pas jugé nécessaire de procéder à son arrestation immédiate. L'affaire est toujours traitée au civil près de 20 ans après la 1^{ère} constitution de partie civile auprès d'un juge d'instruction. Plusieurs des plaignantes sont décédées et les survivantes ne savent toujours pas si elles toucheront des indemnités de la part des compagnies d'assurance mais ce n'est ni cet élément ni la lourdeur/lenteur des procédures judiciaires qui les accablent, c'est la peur panique de se retrouver face à l'abuseur dont personne ne sait s'il est mort ou vivant.

Entre 1996 et 2000, j'ai dirigé un programme d'action soutenu par la Commission européenne concernant la prévention du sida et d'autres maladies sexuellement transmissibles auprès de personnes souffrant d'un handicap mental dans quatre pays de l'Union : « Sida, sexualité et retard mental : état de la question dans quatre pays de l'Union ». Durant cette recherche-action menée avec des collègues hospitaliers et des services pour personnes handicapées, et au cours de travaux ultérieurs avec l'AWIPH (Agence Wallonne pour l'Intégration des Personnes Handicapées), nous avons constaté, comme d'autres l'avaient déjà fait¹, que la population handicapée était fréquemment victime d'abus sexuels pendant l'enfance et à l'âge adulte².

Parallèlement, je continuais le suivi au long cours en médecine générale de personnes qui avaient été abusées sexuellement pendant leur enfance et de nouvelles situations d'abus m'étaient confiées à moi ou à d'autres intervenants des équipes hospitalières et de santé mentale avec lesquelles je travaillais.

LA SYMPTOMATOLOGIE

Suivant les contextes et les personnes, les plaintes étaient plus ou moins sévères allant « d'une simple » énurésie chez l'adulte à des tableaux multiformes.

À SOS Inceste en particulier, j'ai été confrontée à des tableaux complexes de manifestations psychiatriques : dépression chronique, état borderline, troubles du comportement alimentaire avec ou sans obésité, antécédents de tentative de suicide ou d'automutilation... À cela pouvaient s'ajouter de l'insomnie, de l'anxiété chronique ou un état d'hypervigilance, des troubles de la concentration ou de la mémoire, des problèmes d'addiction (alcool, drogues et très souvent de l'automédication) dans un contexte de relations conflictuelles dans le couple et/ou avec la famille d'origine.

Les plaintes somatiques recouvraient des pathologies parfois sévères touchant plusieurs organes (maladies auto-immunes, cancers, etc.), psychosomatiques (syndrome du côlon irritable, etc.), accompagnées de douleurs, notamment pelviennes, dont l'origine était inexplicée, de céphalées ou de fibromyalgie et/ou de fatigue chronique pouvant être invalidantes pour la vie quotidienne. Tous ces symptômes menaient ou avaient mené à des investigations médicales parfois invasives ou à des interventions chirurgicales qui s'étaient souvent avérées non contributives, et les personnes témoignaient de leur crainte de subir des examens médicaux et de consulter. C'est ainsi qu'au cours des accompagnements et des collaborations qui se sont nouées, nous avons développé un réseau de médecins de confiance dans plusieurs spécialités : gynécologie, gastroentérologie, douleur chronique, etc.

Heureusement, toutes les personnes qui ont été abusées ne développent pas ces syndromes psychologiques et somatiques sévères et complexes et c'est probablement la fréquence, la durée des abus et la présence de tortures surajoutées qui peuvent en partie expliquer des tableaux parfois gravissimes. Cela dit, ces atteintes ne sont pas « un destin ».

LES ÉTUDES SCIENTIFIQUES

La littérature médicale montre que les conséquences psychopathologiques à l'âge adulte des maltraitances subies dans l'enfance ou à l'adolescence ont été bien documentées au moyen d'études rétrospectives mais aussi prospectives et de méta-analyses. Les conséquences peuvent être spécifiques, comme l'état de stress post-traumatique, ou non spécifiques, c'est-à-dire s'exprimer au travers d'une vaste gamme de troubles psychopathologiques dont les

¹ Brown, H. & Craft, A. ed. (1989): *Thinking the "unthinkable". Papers on sexual abuse and people with learning difficulties*. FPA, London.

² Gennotte, A.-F. (2008) : « Personnes handicapées porteuses du VIH et accès aux soins en Communauté française de Belgique », in Fiche, G., Cecotto, R., Maçon, H. et Zribi, G. (2008) : *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques*. EHESP, Paris, pp. 129-139.

principaux sont la dépression, l'anxiété, les abus de substances et les comportements suicidaires³.

C'est surtout depuis les années 1990 que des études et des recherches ont été menées sur les possibles conséquences délétères de ces maltraitances dans le domaine somatique, de la santé physique, de l'espérance de vie, ceci essentiellement dans les pays anglo-saxons.

La majorité de ces études sont non contrôlées, qualitatives, observationnelles et reposent principalement sur des éléments rétrospectifs⁴ mais elles ont eu le mérite de décrire la complexité et l'ampleur du phénomène.

Les ACE

L'ACES (*Adverse Childhood Experiences Study*)⁵, vaste étude portant sur les expériences négatives de l'enfance, a permis d'évaluer l'impact des maltraitances subies dans l'enfance sur l'état de santé et la qualité de vie à l'âge adulte, ainsi que leur effet sur les dysfonctionnements dans la famille. Elle a été conduite aux USA par le Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) d'Atlanta et la clinique Kaiser Permanente de San Diego. Elle a porté sur 17.000

patients entre 1995 et 1997, qui ont été examinés et ont répondu à un auto-questionnaire de 200 questions.

Cette recherche a montré que la maltraitance infantile (dont les abus sexuels), les négligences émotionnelles ou physiques et d'autres traumatismes vécus durant l'enfance (maladie mentale ou alcoolisme d'un parent, mère battue, etc.) sont fréquents : un tiers des participants ont rapporté au moins un ACE (une expérience négative pendant l'enfance) et plus d'un cinquième en ont rapporté trois ou plus de trois. Les conséquences à court et long terme recouvrent une multitude de problèmes de santé et de société. Le score ACE correspond au nombre total d'ACE rapportés par les personnes interrogées. Il permet d'évaluer la quantité de traumatismes vécus pendant l'enfance et on a démontré que plus ce score est élevé, plus grand est le risque de subir de nouvelles maltraitances et de développer à l'âge adulte une série de pathologies telles que l'obésité, l'addiction aux drogues et à l'alcool, la dépression, les tentatives de suicide, mais aussi les maladies cardiovasculaires, des pathologies pulmonaires chroniques, des douleurs chroniques inexplicables et un risque de mort prématurée.

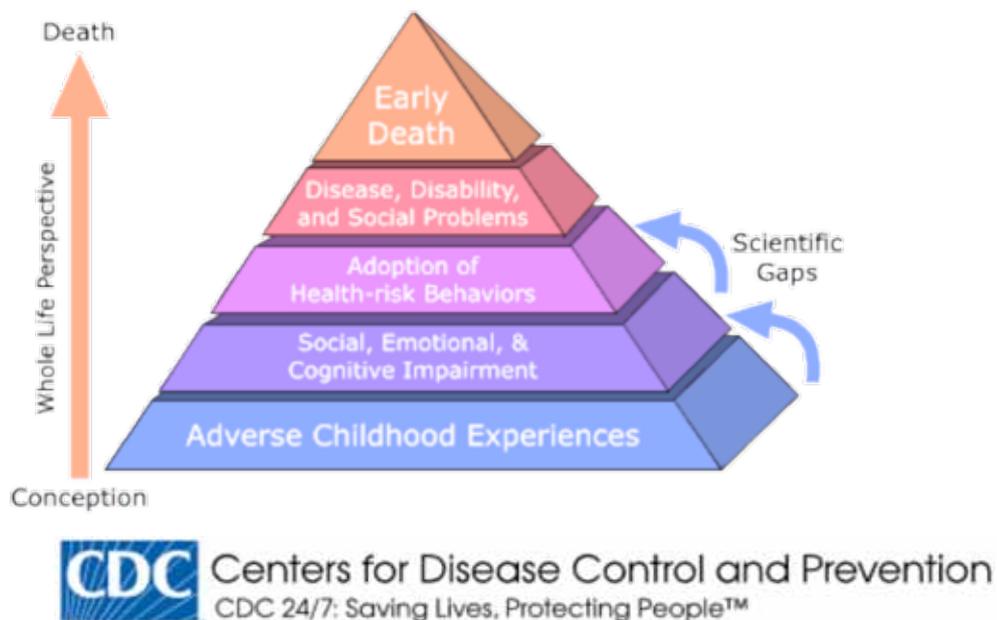


Figure 1. Childhood abuse, neglect, and exposure to other traumatic stressors which we term adverse childhood experiences (<http://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/prevalence.html>)

³ Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E. & Briere, J. (1996): "The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women. A meta-analytic review". In *Child Maltreatment* n°1, pp. 1-16.

⁴ Noll, J. G & Shenk, C. E. (2010): "Introduction to the Special Issue. The Physical Health Consequences of Childhood Maltreatment – Implications for Public Health. In *Journal of Pediatric Psychology* n°35/5, pp. 447-449.

⁵ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998): "The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction". In *American Journal of Preventive Medicine* n°14, pp. 245-258.

D'autres études

Des études prospectives⁶ ont également montré un lien entre l'abus sexuel pendant l'enfance et des symptômes somatiques dans quinze domaines de la santé chez l'adolescent et le jeune adulte qui pouvaient avoir pour point commun d'être médiatisés par l'anxiété et l'abus d'alcool.

Enfin, une méta-analyse⁷ a effectué la revue de trente-et-une études investiguant les effets à long terme sur la santé de l'abus sexuel pendant l'enfance en comparant des individus ayant ou non subi des abus sexuels pendant l'enfance dans six domaines : l'état de santé en général, le système gastro-intestinal, la gynécologie et la santé reproductive, les symptômes cardio-vasculaires, la douleur, et l'obésité. Elle a mis à jour des différences modestes à moyennes prouvant que des individus ayant vécu des abus sexuels pendant l'enfance présentaient plus de plaintes dans les six domaines étudiés.

LES RELATIONS DES VICTIMES AVEC LE CORPS MÉDICAL

D'autres observations à SOS Inceste ou dans le suivi des personnes handicapées témoignaient de relations parfois problématiques entre des personnes victimes d'inceste ou d'abus sexuel et le corps médical et paramédical ainsi que les services de diagnostic et de soins, soit parce que certains actes diagnostiques rappelaient des abus passés, soit parce que les personnes se sentaient mises dans une situation « passive » face à la toute-puissance médicale.

Ces observations évoquent une médecine « dépersonnalisante », les patients étant gérés comme des « flux », des « corps », avec rapidité, efficacité, sans possibilité de temps morts.

Les hôpitaux sont parfois perçus comme insécurisants car ne respectant pas la nudité des personnes, et suscitent la crainte, voire de véritables terreurs, faute de protéger les patients d'intrusions dans les chambres, la nuit notamment. Ils apparaissent comme des hôpitaux « portes ouvertes », car les unités ne sont pas toujours protégées de l'extérieur et les portes des chambres n'ont pas de serrure et de clé permettant de les verrouiller. J'ai retrouvé ces craintes chez des personnes adultes qui avaient été abusées durant leur enfance par un membre de leur famille dans leur chambre à coucher et chez les personnes handicapées qui avaient été abusées dans leur chambre par le veilleur de nuit.

En dehors des hospitalisations, c'est une médecine qui peut inquiéter avec des examens cliniques et des actes diagnostiques qui pourraient rappeler les abus : examens gynécologiques avec un toucher vaginal ou rectal, examens de la gorge, actes invasifs avec l'intromission de « tubes », sondes, cathéters dans la gorge, l'anus, le vagin ou l'urètre ; colposcopie, colonoscopie, rectoscopie, gastroscopie, cystoscopie.

D'un autre côté c'est souvent auprès d'un soignant et en particulier de leur médecin généraliste ou du gynécologue que des patients vont trouver la force de parler soit immédiatement après les faits, soit après des suivis plus ou moins longs. Et là encore, cela s'accompagnera parfois d'un parcours policier/judiciaire qu'il faudra soutenir. Sans oublier, que pour les personnes violées, s'ajoutera la nécessité de passer endéans les 48h par le service des urgences pour recevoir le traitement post-exposition VIH.

La surconsommation médicale et la victimisation secondaire

La littérature relève que la consommation médicale est globalement plus importante chez les personnes ayant été abusées⁸ : plus de consultations médicales en médecine générale et aux urgences pour les femmes ayant des antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance, plus d'interventions chirurgicales au cours de leur vie (huit en moyenne) dont la plupart se révèlent inutiles.

Les associations de défenses des consommateurs de soins en santé mentale invoquent un phénomène de victimisation secondaire, concept qui existe depuis 1980 et qualifie des blessures secondaires pouvant aggraver les symptômes déjà présents. Ces blessures sont dues à des attitudes de jugement, de blâme, de minimisation, de banalisation ou au contraire de surprotection face aux personnes traumatisées. Ce sont aussi des maladresses, souvent non intentionnelles et commises en voulant aider les personnes. Ce concept évoque également une réponse inappropriée du système (judiciaire, policier, médical, éducatif, etc.) aux situations de traumatisme⁹.

⁶ Clark, D. B., Thatcher, D. L., & Martin, C. S. (2010): "Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood". In *Journal of Pediatric Psychology* n°35, pp. 499-510.

⁷ Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010): "Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse. A meta-analytic review". In *Journal of Pediatric Psychology* n°35, pp. 450-461.

⁸ Newman, M. G., Clayton, L., Zullig, A., Cashman, L., Arnow, B., Dea, R. & al. (2000): "The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization". In *Psychological Medicine* n°30, pp. 1063-1077; Farley, M., Patsalides, B. M. (2001): "Physical symptoms, post-traumatic stress disorder and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse". In *Psychological Reports* n°89, pp. 595-606.

⁹ Voir www.agidd.org : Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).

La victimisation secondaire est le fait de revivre un traumatisme à travers un nouvel événement relié au traumatisme initial. Par exemple, si une femme qui a été victime de viol est admise en psychiatrie et que le personnel applique sur elle une mesure de contrôle comme l'isolement ou la contention, elle peut revivre son traumatisme du fait qu'elle se voit soumise à nouveau à une force contre laquelle elle est sans défense¹⁰.

La littérature relève également que parfois, plus rarement, les personnes ont eu à vivre de nouveaux abus sexuels dans un contexte de soins conventionnels (médicaux, infirmiers, kinésithérapiques, etc.), alternatifs (thérapies non conventionnelles), de thérapie¹¹ ou de coaching, avec les conséquences qu'on peut imaginer.

CONCLUSIONS ET CHALLENGES

C'est plutôt grâce à une attitude d'accueil et de bienveillance que de « dépistage » qu'on sera le plus à même de reconnaître les signes qui pourraient évoquer les conséquences chez l'adulte de maltraitements sexuels subies dans l'enfance. Ces signes sont souvent peu spécifiques. Ils peuvent se manifester à l'occasion d'un événement de vie important (une grossesse chez la femme, une nouvelle parentalité chez l'homme, le décès du parent abuseur, etc.) ou d'un nouveau traumatisme. Les conséquences surviennent rarement en une fois dans toute leur gravité. Elles s'additionnent sur des années voire des décennies et il faut souvent très longtemps avant que les victimes arrivent à sortir de leur silence ou de leur ambivalence.

C'est le tableau général qui pourrait constituer un signal d'alerte pour le médecin, et quand une relation de confiance s'est établie il ne doit pas nécessairement hésiter à interroger son patient sur d'éventuels abus dont il aurait pu faire l'objet. C'est parfois quand le soignant nomme l'abus, le viol, l'inceste que les choses peuvent prendre sens pour le patient. Ne pas nommer peut renvoyer à la loi du silence, à l'impensable, au non dicible.

Des entretiens ou des consultations médicales, je retiens des rencontres avec des personnes qui ont souvent exprimé combien elle se sentaient endommagées, blessées, comme porteuses d'un handicap invisible. Mais leur parcours de vie ultérieur a démontré des dons de résilience, notamment artistiques parfois extraordinaires et des capacités d'empathie qui les ont dirigées fréquemment vers des professions de soins ou d'éducation.

Certaines situations posent des challenges pour le suivi au long cours des personnes qui ont été abusées :

- *le patient avec une étiquette « psy »*

On pourrait avoir tendance à interpréter les plaintes dans un registre uniquement psychosomatique. C'est une vraie difficulté dans les suivis au long cours (médecine générale, psychiatrie, etc.) de faire la part des choses entre les symptômes connus et de nouveaux symptômes qui peuvent évoquer des pathologies plus lourdes, sans tomber dans la surmédicalisation. On peut avoir été victime d'abus pendant l'enfance, souffrir de toutes sortes de maux et développer plus tard dans la vie des maladies de système (polyarthrite inflammatoire, etc.) ou des cancers.

- *le patient dit « difficile »*

Le contact n'est pas toujours aisé lorsque la personne est « dans un creux ». On peut constater de nombreuses non-présentations aux rendez-vous, avec des pertes de prescriptions de médicaments ou d'examen, ou au contraire un excès de présentations, d'appels, de demandes de rendez-vous avec un effet de lassitude et d'épuisement chez le soignant, d'où l'intérêt de travailler en équipe pluridisciplinaire ou en médecine de groupe.

- *les personnes, plutôt des femmes, devenues elles-mêmes maltraitantes, notamment avec leurs enfants*

Certaines personnes peuvent progressivement reproduire des relations abusives en ne répondant pas de façon adéquate aux besoins physiques et émotionnels de leurs enfants, ou en les maltraitants psychologiquement et/ou physiquement.

Il est difficile pour les médecins de famille de gérer seuls de telles situations, toujours complexes et douloureuses.

- *les personnes, plutôt des hommes, qui évoquent un appétit sexuel pour des enfants ou qui deviennent auteurs d'abus sexuels*

Comment les prendre en charge, comment avoir un rôle préventif ? Et si l'abus est avéré comment envisager la suite du suivi médical alors que s'impose un signalement aux autorités judiciaires ?

À travers ces quelques cas de figure on peut toucher du doigt la complexité des enjeux posés par le suivi des patients, particulièrement ceux qui ont subi un inceste pendant l'enfance et son importance en termes de santé publique.

¹⁰ Voir cddm.weebly.com/victimisation-secondaire.html : « La victimisation secondaire causée par les pratiques psychiatriques ».

¹¹ Kluff, R. P. (1990): "Incest and subsequent revictimization. The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome". In Kluff, R. P. & al. (1990) : *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington, pp. 263-287.

RÉFÉRENCES

1. Brown, H. & Craft, A. ed. (1989): *Thinking the "un-thinkable". Papers on sexual abuse and people with learning difficulties*. FPA, London.
2. Gennotte, A.-F. (2008) : « Personnes handicapées porteuses du VIH et accès aux soins en Communauté française de Belgique », in Fiche, G., Ceccotto, R., Maçon, H. et Zribi, G. (2008) : *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques*. EHESP, Paris, pp. 129-139.
3. Neumann, D. A., Houskamp, B. M., Pollock, V. E. & Briere, J. (1996): "The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women. A meta-analytic review". In *Child Maltreatment* n°1, pp. 1-16.
4. Noll, J. G & Shenk, C. E. (2010): "Introduction to the Special Issue. The Physical Health Consequences of Childhood Maltreatment – Implications for Public Health. In *Journal of Pediatric Psychology* n°35/5, pp. 447–449.
5. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998): "The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction". In *American Journal of Preventive Medicine* n°14, pp. 245-258.
6. Clark, D. B., Thatcher, D. L., & Martin, C. S. (2010): "Child abuse and other traumatic experiences, alcohol use disorders, and health problems in adolescence and young adulthood". In *Journal of Pediatric Psychology* n°35, pp. 499–510.
7. Irish, L., Kobayashi, I., & Delahanty, D. L. (2010): "Long-term physical health consequences of childhood sexual abuse. A meta-analytic review". In *Journal of Pediatric Psychology* n°35, pp. 450–461.
8. Newman, M. G., Clayton, L., Zuelig, A., Cashman, L., Arnow, B., Dea, R. & al. (2000): "The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization". In *Psychological Medicine* n°30, pp. 1063–1077; Farley, M., Patsalides, B. M. (2001): "Physical symptoms, post-traumatic stress disorder and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse". In *Psychological Reports* n°89, pp. 595-606.
9. Voir www.agidd.org : Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ).
10. Voir cddm.weebly.com/victimisation-secondaire.html : « La victimisation secondaire causée par les pratiques psychiatriques ».
11. Kluft, R. P. (1990): "Incest and subsequent revictimization. The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome". In Kluft, R. P. & al. (1990) : *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington, pp. 263–287.

Correspondance

Dr. ANNE-FRANÇOISE GENNOTTE

SOS Inceste Belgique,
Avenue Hansen-Soulie 76
B-1040 Etterbeek
afgennotte@gmail.com

SPÉCIFICITÉS ET MISSION DE L'ASBL SOS INCESTE BELGIQUE

L. Bruyère, S. Taieb

HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION

L'association Sos Inceste Belgique reçoit depuis 26 ans des adultes et des adolescents en se donnant pour mission d'offrir un lieu d'accueil, d'écoute et de soutien aux victimes de violences sexuelles intra-familiales.

Ce centre a été fondé en octobre 1989 par une ancienne victime d'inceste et de maltraitance, Zoé Milher, par Janine Deckers, la Présidente, le Dr Anne-Françoise Gennotte et Nadine Dyckmans, formée à l'écoute des personnes en difficultés.

Le service fonctionne avec des bénévoles et est ouvert deux jours par semaine.

Des ateliers créatifs et un groupe de parole sont mis sur pied.

L'accueil des personnes s'organise par le biais d'entretiens individuels. La prise de contact se fait par une permanence téléphonique et parfois les personnes se rendent spontanément dans le service. Un climat d'entraide tente d'être instauré.

Très vite, la demande se fait grandissante. Une majorité de femmes et en moindre proportion des hommes en grande souffrance, de tous âges et de tout milieu socio-économique et culturel se présentent dans le service.

En 1996, les affaires de pédocriminalité très médiatisées : « Dutroux et consort », ont un impact sur l'inconscient collectif. Certains découvrent que les viols sur enfants sont une réalité et d'autres, anciennes victimes de violences sexuelles notamment, se sentent un peu plus autorisées à parler de leur vécu traumatique.

En 1999, un poste ACS est octroyé à l'association. Celle-ci peut dès lors fonctionner cinq jours sur sept, ce qui permet d'améliorer la qualité du suivi et d'approfondir le travail de coordination avec d'autres intervenants de différents services de types psycho-social, juridiques et avec les instances policières.

Depuis cette époque la demande n'a cessé d'augmenter au sein de notre service.

QUELQUES ÉLÉMENTS STATISTIQUES

En Belgique, aucune étude n'a encore été menée au niveau national concernant l'inceste.

Cependant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) montre que environ 20% des femmes et 5% à 10% des hommes disent avoir subi des violences sexuelles dans leur enfance, et 25% à 50 % des enfants révèlent être maltraités physiquement.

Une fille sur huit et un garçon sur dix ont subi des agressions sexuelles avant l'âge de dix-huit ans. L'âge de la survenue des violences sexuelles est de 9/12 ans, 70% à 80% ont été commis par les parents.

Selon une enquête menée par l'UNICEF, 81% des victimes sont des mineurs d'âge, et 94% des agresseurs sont des proches (1^{er} mars 2015).

On peut émettre l'hypothèse que l'onde de choc provoquée il y a cinq ans en Belgique, par les révélations des victimes de la pédophilie au sein de l'Eglise, a permis que des langues se délient davantage. Le risque que ces faits ne tombent sous le délai de prescription pourrait inciter plus de jeunes victimes à prendre contact avec des services habilités à traiter ce type de problématique.

Il est important de décrire notre fonctionnement afin de mieux comprendre comment nous tentons de venir en aide aux victimes de l'inceste qui font appel à notre service.

QU'EST-CE QUE L'INCESTE ?

Nous proposons la définition formulée par L'ONE en 1991 avec la collaboration des équipes SOS-Enfants (textes revus en 1994) :

« Inceste : L'abus sexuel est réalisé par un (des) parents ou alliés(s) de l'enfant avec lequel le mariage est impossible.

L'abuseur est donc une ou plusieurs personnes suivantes :

Le père, la mère, le beau-père, la belle-mère, on y adjoindra, le compagnon (compagne) stable d'un des parents, lors des reconstitutions familiales, pour peu que cette personne ait été mise clairement en position de substitut parental : dans tous ces cas nous parlerons d'un inceste réalisé par un parent. Un frère, une sœur, un demi-frère, une demi-sœur, un oncle, une tante, un des grands-parents : ici nous parlerons d'un inceste réalisé par un membre de famille. »

UN ACCUEIL SPÉCIFIQUE POUR LES VICTIMES D'INCESTE ?

Les personnes victimes qui se présentent à notre service souffrent, pour la plupart d'une grande détresse et d'une énorme souffrance. Les sentiments de culpabilité et de honte, la peur de ne pas être crédibles, accentuent encore la solitude dont beaucoup témoignent et renforcent encore la difficulté à révéler des faits qu'elles n'ont souvent jamais pu dévoiler à quiconque. Parfois, lorsqu'elles ont tenté d'évoquer les violences subies ; leur parole n'a été ni entendue, ni comprise. Certains(es) évoquent un sentiment d'être hors du monde, comme ne faisant pas partie de la société. La dépression, les idéations mortifères et les conduites suicidaires sont souvent récurrentes. Certaines personnes parlent de leurs sentiments d'indignité et d'hostilité à l'égard d'elles-mêmes. Beaucoup nous disent combien il est important de se présenter dans un service qui, par son appellation, nomme leur souffrance... D'autres confient également que venir dans un lieu fréquenté par d'autres victimes des mêmes formes de violences sexuelles fait qu'elles se sentent un peu moins seules, moins coupables et/ou moins honteuses. Il est indispensable d'instaurer un

lien de confiance avec la victime et de travailler dans le respect, et en accord avec elle et ce à chaque étape de l'aide et/ou du relais proposé. L'établissement de cette confiance qui avait été rompue dans l'enfance, requiert énormément de temps. Travailler en toute transparence en respectant le rythme psychique de la victime est primordial afin de tenter de restaurer le lien qui a été rompu avec la société. Car celle-ci a failli dans sa mission protectrice. Cela permet à certains d'entamer des nouvelles démarches ou de les poursuivre et de reprendre confiance dans la possibilité de trouver des solutions à leur souffrance, possibilités qui peuvent être judiciaires, psychologiques ou sociales.

Notre travail comporte différentes étapes dans le temps. En effet, une personne peut nous téléphoner pendant de nombreux mois avant de se présenter dans nos services. La phase d'accueil, d'écoute et de mise en confiance est essentielle pour la victime d'inceste. La première rencontre nécessite une grande disponibilité de la part de l'intervenant. Il faut qu'il soit solidaire avec la victime et qu'il ne remette pas les faits en doute. Les demandes qui émergent de ces entretiens, nécessiteront souvent un accompagnement assez soutenu. Dans les situations les plus difficiles, il nous arrive d'accompagner les personnes dans les différents services.

La cohérence et la constance des intervenants du réseau d'aide viendront renforcer cette confiance.

Dans la confusion qu'induit l'inceste, penser avec la victime permet à cette dernière d'introduire un tiers au niveau symbolique, initiant une distance avec l'emprise psychique et la dépendance. Un tel suivi pourra avoir un impact sur les injonctions du passé et viendra contredire le modèle familial où l'inceste et la maltraitance physique et psychologique s'érigeaient en norme. Les sentiments ambivalents qu'éprouvent souvent les victimes vis-à-vis des auteurs ou des coauteurs distinguent les victimes d'inceste des autres victimes de viol extrafamilial. Cette emprise exercée par l'abuseur familial entraîne des perturbations psychiques et parfois physiques importantes dans le développement de l'enfant. Ces traumatismes subis durant de longues années et non traités, marquent intensément la personnalité de l'adulte. Ce sont des personnes qui ont subis, souvent très jeunes, la manipulation, la dévalorisation permanente, la domination, le contrôle et le chantage, renforçant le maintien dans l'isolement. Le lavage de cerveau qui prévaut toujours dans ces familles sur les victimes, cause un véritable effondrement de la personnalité, une perte de repères... Pour survivre psychologiquement à un tel climat, la victime n'a d'autres choix que de s'adapter (syndrome d'accommodation), ce qui enclenche un système de minimisation des faits subis, pouvant aller jusqu'au déni... ou au clivage.

La multiplicité et la complexité des problèmes rencontrés et bien souvent enkystés durant des années requièrent une prise en charge multidisciplinaire. Celle-ci doit s'articuler progressivement en toute transparence pour la victime, avec le réseau d'aide qu'il est nécessaire d'organiser pour soutenir celle-ci. La situation financière, ainsi que

les origines socioculturelles sont des facteurs qui interviennent dans le type d'accompagnement proposé. Une partie des personnes accueillies sont économiquement défavorisées, ce qui complexifie encore le suivi (difficultés de déplacements, recherche d'un avocat qui accepte de travailler en pro-déo ...)

D'autres personnes, et ce sont parfois les mêmes, sont défavorisées sur le plan culturel (illettrisme, analphabétisme..), celles-ci ont encore davantage de difficultés à accéder aux aides existantes. Une grande méconnaissance de ces services et l'incapacité des victimes à faire valoir leurs droits, sont des éléments qui rendent le suivi plus difficile.

Les violences sexuelles et la maltraitance physique et psychologique entraînent souvent des problèmes de santé graves, invalidants à moyen et long terme, mais également une fatigue psychique et physique intense. Ceci a pour conséquences des difficultés d'insertion sociale et professionnelle.

Entamer des démarches juridiques peut se révéler une étape importante dans le processus de reconstruction d'une victime de violence sexuelle intrafamiliale. Et c'est souvent au terme de longues années de silence et parfois encouragée par l'une ou l'autre personne bienveillante que les victimes décident de faire une démarche, ayant parfois pris quelques distance avec le milieu maltraitant.

La motivation peut également venir d'une prise de conscience d'un danger imminent pour un autre (petit frère, petite sœur ou d'autres enfants) de la famille.

PARLER : SORTIR DU SILENCE ET DU SECRET

Le dépôt de la plainte est un moment très difficile.

L'état post-traumatique, les chocs émotionnels peuvent avoir des effets variables et délétères sur la mémoire.

La honte et la culpabilité sont souvent présentes et vont influencer la manière dont la personne évoquera les faits.

Certains de ceux-ci pourront ne pas être révélés ou seront transformés. Le stress post-traumatique influence de manière variable les perceptions et la temporalité.

Des processus psychiques tels que la minimisation des faits, ainsi que le déni et le clivage peuvent avoir un certain impact sur la restitution des faits. Ceci ne veut pas dire qu'une victime de violences sexuelles ne peut pas se souvenir des événements avec exactitude. La mémoire des sens en l'occurrence peut être exacerbée et des odeurs ainsi que des bruits ou des sensations peuvent faire rappel du refoulé avec force et précisions.

Alors parler, pour une victime d'inceste, semble toujours à haut risque ... Risque de s'exposer, risque d'être jugée fou ou folle et renvoyée au silence ... au néant.

C'est donc avec beaucoup d'empathie et dans un grand respect pour sa parole qu'une victime se doit d'être entendue.

Un cadre calme, bienveillant et protecteur, doit pouvoir être proposé ; la nécessité, si besoin est, d'être accompagné(e) par une personne de confiance.

Des explications claires concernant le cheminement d'une plainte contribueront à rassurer la victime.

Nous tentons, lorsque la demande émerge, dans le cadre d'un ou de plusieurs entretiens à l'association de répondre à des questions sur le parcours judiciaire et juridique et de référer vers un avocat qui fait partie de notre réseau de professionnels avec lesquels nous collaborons régulièrement.

Nous accompagnons à l'entretien si la personne le demande.

L'importance d'être auditionné par un inspecteur de police, homme ou femme, selon ce que la victime souhaite sera un des facteurs facilitateurs au dépôt d'une plainte.

Certaines victimes se sentiront insécurisées et excessivement troublées par la présence de plusieurs personnes dans le bureau de police lors de leur audition, d'autres préféreront se trouver seul avec un représentant de la loi. Le regard de l'autre, pour une personne qui a été incestée pose toujours question et est sujet à beaucoup d'interprétations souvent liées à ce passé traumatique. Et ajoutons, que ces révélations qui touchent à l'intime ne sont en aucun cas faciles à exprimer devant quiconque.

Aussi, des paroles explicatives sur le cadre (à bureau ouvert ou fermé, présence d'un autre officier dans la pièce ...) de la part du policier chargé de recueillir la plainte, rendront l'épreuve de l'audition de celle-ci moins difficile pour la victime.

La possibilité d'être entendue au travers d'un récit libre étayé par certaines questions afin d'obtenir des précisions et des éclaircissements sera appréciée par certaines personnes, d'autres préféreront une technique plus classique d'audition basée sur des questions appelant parfois des réponses très longues s'apparentant au récit libre.

AU SUJET DE LA COHÉRENCE DE LA PAROLE DE LA VICTIME...

Lorsqu'une personne va déposer plainte, elle se doit d'être cohérente pour pouvoir être crédible.

Quel paradoxe pour certains(es) car pour beaucoup de victimes, peu assurées de ce qu'ils (ou elles) sentent et ressentent, le doute est présent... « Est-ce que ce que j'ai vécu, je l'ai vraiment vécu ? ».

Parfois, les preuves ou les éléments de preuve n'existent plus ou n'ont jamais existés ... et de cela la victime est en général très consciente. Ceci a pour effet de renforcer le sentiment de la non-légitimité de sa démarche.

La confusion, la peur peuvent geler la pensée et tétaniser l'individu. Des angoisses, voir des attaques de panique, des chutes de tension et d'autres manifestations psychosomatiques peuvent survenir dans ces moments si importants du processus de révélations des faits délictueux et criminels que la personne a subis une bonne partie de son enfance et ou de son adolescence.

À PROPOS DE LA FAMILLE

Beaucoup de victimes se sentent déchirées par un conflit, celui de la loyauté.

Certain(e)s expriment leur sentiment comme suit : « Tout n'était pas mauvais dans ma famille, mon père était gentil durant la journée, il nous donnait des médicaments quand nous étions malades, il venait nous chercher à l'école. Notre mère était souvent absente et lorsqu'elle était présente, elle semblait toujours ailleurs par rapport à nous, mais aussi à elle-même, elle était indisponible, nous ne pouvions pas lui parler de ce qui se passait la nuit quand notre père se glissait dans nos chambres... »

Ces sentiments ambivalents sont fréquents chez les victimes d'inceste et vont agir comme frein par rapport aux révélations des abus sexuels subis. Les pressions familiales de tout ordre (du chantage affectif au chantage financier, en passant parfois par des menaces de mort) auront un effet parfois dissuasif.

Et même à un âge avancé, beaucoup ressentent encore de la peur à l'idée de déchirer la famille suite à des révélations de violences sexuelles. Beaucoup gardent donc le silence durant toute leur vie.

Les victimes savent qu'elles vont payer le prix de la révélation de l'inceste. Et, bien qu'elles espèrent être soutenues par l'un ou l'autre membre de la famille, elles sont souvent mises au banc des accusés par cette dernière et rejetées. Les victimes sont celles par qui le malheur arrive car elles ont osé révéler l'impensable, l'indicible : ce qui tenait la famille dysfonctionnelle ensemble dans la fusion/ confusion pour certaines d'entre elles depuis plusieurs générations.

L'isolement sera souvent le prix à payer, même si la réalité judiciaire vient, par un procès, valider la parole de la victime.

Des mots justes pour qualifier des actes pourront peut-être permettre à d'aucuns de quitter la confusion et aider à questionner les sentiments de culpabilité et de honte souvent éprouvés.

Le parcours juridique pour une victime d'inceste est jalonné d'interrogations incessantes, d'attentes interminables et

angoissantes qui peuvent parfois mener à un certain découragement.

Car le temps qui s'écoule entre les différentes instances judiciaires pour les besoins de l'enquête semble à la victime incroyablement long et incompréhensible et /ou plutôt difficilement acceptable malgré toutes les explications fournies par les différents partenaires des réseaux psycho-social et juridique.

Pendant si les démarches d'un procédure juridique et judiciaire sont lourdes à assumer pour une victime de violence sexuelle intrafamiliale, et qu'une issue favorable est loin d'être garantie, de telles actions peuvent agir comme « un levier » sur certains éléments psychiques tels que l'estime de soi par exemple... La victime par ces actes symboliques, cessent de subir, tente de se relever, de s'affirmer, et essaie de faire confiance à une instance souvent méconnue et de toute façon bafouée dans ces familles à transaction incestueuse ; celle de la loi.

ET POUR CONCLURE

Le processus de reconstruction d'une victime peut comporter de nombreux chemins très variables selon les individus.

La reconnaissance juridique en constitue une étape importante.

Notre mission consiste à penser la prise en charge en termes de multidisciplinarité. Car les conséquences de l'inceste à moyen et long terme sont multiples tant sur le plan somatique que physique, social et économique.

Notre objectif vise à accompagner la victime dans son cheminement de cicatrisation et de reconstruction tout en encourageant son autonomie.

Il est à souligner que les violences sexuelles constituent un véritable problème de santé publique.

Ce phénomène reste paradoxalement encore tabou et peu pris en compte au niveau notamment des conséquences gravissimes que ces dernières engendrent tant sur le plan personnel pour les victimes que sur le plan familial, dans sa composante transgénérationnelle notamment, mais également dans la dimension sociale et économique au niveau mondial.

RÉFÉRENCES

1. Marceline Gabel, « Les Enfants victimes d'abus sexuels », psychiatrie de l'enfant, Presse Universitaire de France, 1992
2. Frédérique Gruyer, Martine Fadier-Nisse, Dr Sabourin, La Violence Impensable », Inceste et maltraitance, Edition Nathan, Paris, 1991
3. Yves-Hiram L. Haesevoets, « L'Enfant victime d'inceste », de la séduction traumatique à la violence sexuelle. » De Boeck & Larcier, 1997
4. Ginette Raimbault, Patrick Ayoun, Luc Massardier, « Questions d'inceste », Odile Jacob, sept 2005
5. Jean-Claude Maes, « Emprise et manipulation », Peut-on guérir des sectes ?, De Boeck, 2010
6. Jacques Roisin, « De la survivance à la vie », Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison, Presse universitaire de France, 2010
7. Jorge Barudy, « La Douleur invisible de l'enfant », Approche éco-systémique de la maltraitance, édition Erès, 1997
8. ONE, « L'Abus sexuel de l'enfant », Communauté Française de Belgique, Action Enfance Maltraitée, cycle de formation organisé par le groupe Formation de CAEM en 1991 avec la collaboration des équipes Sos-Enfants.
9. Jeanine Deckers, « Les séquelles de l'abus sexuel intrafamilial », 2001.
10. Souad Taïeb « Inceste Père-fille », La représentation des liens intergénérationnels et le positionnement des victimes au sein du système familial incestueux, mémoire réalisé sous la direction de Madame Isabelle Duret, Année Académique 2010-2011
11. Jorge Barudy, « L'inceste : une tragédie à trois personnages », revue Résonance n°1, France, janvier 1991.
12. Dr Muriel Salmona, « Le livre noir des violences sexuelles », Dunod, Paris, 2013
13. www.crifip.com/sss-informer/les-chiffres/statistiques-chiffres.html
14. www.huffingtonpost.fr/violences-sexuelles-victimes-mineurs-agresseurs-proches-enquete-unicef_n_6751902.html

INFOS PRATIQUES

- Médiation sociale
- Accompagnement dans la prise de contact avec les services des réseaux psycho-sociaux
- Accompagnement dans la prise en charge médicale
- Accompagnement et soutien lors de la procédure judiciaire
- Accompagnement dans la réinsertion professionnelle
- Relais vers des professionnels sensibilisés à la problématique de l'inceste et de l'emprise
- Groupes de paroles pour femmes et hommes

SOS INCESTE BELGIQUE

Permanence téléphonique le lundi, mercredi, vendredi de 10h à 13h.

Consultation sur RDV

Les services de SOS Inceste Belgique ASBL sont gratuits.

Correspondance

Mme LILY BRUYÈRE

SOS Inceste Belgique ASBL

76 Av. Hansen- Soulie

1040 Bruxelles

02 646 60 73

0484 64 49 10

<http://www.sosinceste.be>

sosinceste.belgique@skynet.be

E-mail privé : lilybruyerebo@yahoo.fr

2e partie : Quelques pistes de prise en charge

VICTIMES D'AGRESSION SEXUELLE. LES RESSOURCES THÉRAPEUTIQUES DES GROUPES DE PAROLE¹

J. Roisin

L'auteur anime des groupes de parole pour femmes qui ont été victimes d'agression sexuelle (abus dans l'enfance ou viol). Dans cet article, il s'interroge sur les ressorts thérapeutiques propres à la mise en situation de groupe de victimes. Il présente ceux-ci à travers cinq propositions qu'il met en discussion.

1. L'adhésion à faire groupe recrée chez les participantes le sentiment d'appartenance à la communauté humaine que la violence ou la barbarie humaines avaient détruit.
2. Le groupe est le lieu approprié de paroles sur le lien social : sur les forces qui poussent au lien social ou à son contraire, la déliaison violente ou barbare du social.
3. Le caractère de similarité des traumatismes subis permet aux victimes un positionnement externe vis-à-vis de leurs semblables.
4. En favorisant les interactions entre les participantes, c'est la créativité et les ressources parfois ignorées du groupe qui se révèlent opérantes.
5. La confrontation aux différences favorise la prise en compte et la supportabilité des restes irréductibles issus des heurts de l'existence, sans lesquelles nul ne peut se mettre ou se remettre à vivre.

Cette analyse montre la convergence du travail de groupe et de l'impact traumatique propre aux victimes de violence, car tous deux concernent le ressort qui lie le sujet à l'Autre social : c'est lui que le travail de groupe mobilise et met en question, c'est lui qui, dans le cas des victimes de violence, est atteint au plus vif.

POURQUOI DES GROUPES DE PAROLE

J'ai commencé une pratique de groupes de parole dans le cadre d'un Service d'Aide aux Victimes. Ce type d'organisme s'adresse à des personnes adultes ayant été victimes d'infractions. En Belgique il existe un Service d'Aide aux Victimes par arrondissement judiciaire ; chacun de ces Services a été mis en place en 1993 dans le cadre des Services d'Aide aux Justiciables. Ceux-ci s'adressent aux prévenus, détenus, libérés de prison et victimes ; ils existent depuis 1987 mais c'est en 1993 qu'obligation leur a été signifiée de prendre en charge des victimes, conformément aux normes d'agrément d'un Service pour justiciables, le terme « justiciable » désignant tant les victimes que les auteurs de délits. Ayant été chargé de préparer l'ouverture du Service d'Aide aux Victimes de Charleroi, et après

¹ Le présent article est une réédition revue et complétée de l'article publié auparavant sous le même titre dans la *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, T.3, n° 3, 2003 : 163-175.

The therapeutic benefits of discussion groups for victims of sexual aggression

The author animates discussion groups for women who have been victims of sexual aggression (child abuse or rape). In this article, he discusses the therapeutic benefits of group situation for the victims. He presents these through an examination of five propositions.

1. Taking part in the group re-creates within the participants their feeling of belonging to the human community previously destroyed by human violence or cruelty.
2. The group is a suitable forum for discussions on social bonding: on the factors which lead to social links, or otherwise, to a violent or brutal rejection of the social bond.
3. The similarities of the traumas endured by victims gives them an external viewpoint regarding their fellow-sufferers.
4. The interactions experienced by the participants give rise to often unsuspected resources and creativity within the group.
5. Confronting the differences facilitates dealing and bearing the ineradicable remains of pain resulting from the conflicts of human existence, without which recovery or a return to normal life is not possible.

This analysis demonstrates the convergence of group work and traumatic impact specific to the victims of violence, because both relate to the motivation which links the subject to the social Other: it is this which is mobilized and challenged in group work, and which, in the case of the victims of violence, is affected most crucially.

KEY WORDS

Discussion group, welcome group, therapeutic group, mirror functioning, psychological self-defence, desire for life.

MOTS-CLÉS ► Groupe de parole, groupe d'accueil, groupe thérapeutique, fonctionnement en miroir, légitime défense psychologique, désir de vivre.

avoir pris de nombreux contacts auprès des institutions soignantes de cette région, je proposai au Service d'Aide aux Justiciables de développer une formule de travail adaptée aux victimes d'agressions sexuelles, car celles-ci ne pouvaient bénéficier d'une intervention thérapeutique spécialisée dans le secteur psychosocial existant. Par ailleurs j'avais déjà entendu, dans ma consultation de psychanalyste, la plainte répétée émanant de victimes d'agression, surtout de victimes de viol ou d'abus sexuel, selon laquelle « personne ne peut comprendre ce qui nous est arrivé, à moins de l'avoir vécu lui aussi dans sa chair » ; j'avais parfois reçu le souhait « de rencontrer un autre qui a subi le même sort » ; je m'étais vu confier les sentiments de honte et de culpabilité qui renforcent l'attitude d'isolement. C'est dans ce contexte que je proposai à une collègue du Service d'Aide aux Victimes de Bruxelles la mise sur pied de groupes de parole. Nous pensions qu'une expérience de reconnaissance entre semblables permettrait aux victimes traumatisées de sortir de l'isolement et nous espérons les aider à dépasser le mirage d'un « autre qui est le même » ; nous voulions questionner la perte de confiance dans les relations humaines ; nous avons opté pour une animation de couple.

L'expérience d'animation de groupes de parole pour victimes s'est révélée dépasser et nos hypothèses quant aux ressorts thérapeutiques propres à la mise en situation de groupe, et nos espérances quant au bénéfice subjectif de ce type de prise en charge. Ma propre animation s'est radicalement transformée au cours d'une dizaine d'années d'expérience de groupes. Après m'être focalisé les premières années sur les subjectivités individuelles, je me suis ouvert aux interactions groupales, et ce changement m'a permis de découvrir des potentialités thérapeutiques propres au caractère collectif du cadre de travail : ce sont elles que j'ai voulu présenter ci-après. Je me suis rendu compte dans l'après-coup qu'un discours qui vise l'indication du travail de groupe et celui qui concerne la spécificité traumatique des victimes de violence n'ont qu'un seul et même objet car tous deux concernent le ressort qui lie le sujet à l'Autre social : c'est lui que le travail de groupe mobilise et met en question ; c'est lui qui, dans le cas des victimes de violence, est atteint au plus vif.

RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES GROUPES DE PAROLE POUR FEMMES VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES

1. Groupes d'accueil et groupes thérapeutiques

Au Service d'Aide aux Victimes de Charleroi nous animons deux types de groupes de parole pour victimes d'agressions sexuelles, chaque groupe de parole se réunit au rythme d'une séance d'une heure et trente par mois. Au départ le groupe accueillait des victimes de viol. Mais la demande croissante de participation de la part de femmes ayant connu l'abus sexuel dans l'enfance transforma la composition des groupes : les groupes accueillent actuellement davantage de victimes d'abus ayant eu lieu dans

l'enfance que de victimes de viols survenus à l'âge adulte. Longtemps nous n'avons animé que des groupes de parole « ouverts » afin de favoriser la plus grande liberté de parole possible : ce type de groupe ne contraint aucun de ses membres à une participation active, il n'impose aucune régularité de présence, il permet l'arrêt de fréquentation sans explication sur les raisons qui le motivent. Au début de l'année 2001, quelques participantes ont proposé la constitution d'un second groupe constitué par celles qui désirent approfondir davantage les thèmes qui surgissent aux séances, tout en étant dégagées du souci d'aider les nouvelles participantes dans leur expression. C'est ainsi que nous avons mis sur pied un deuxième type de groupe pensé sur le modèle de l'engagement : l'inscription à ce type de groupe, dit « groupe thérapeutique », engage ses membres à une participation active et régulière pour une série de 5 séances. L'admission aux groupes de parole exige un entretien d'admission avec au moins un des animateurs qui en réfère à son (sa) collègue. Un document intitulé « Règles de fonctionnement des groupes de parole » est donné à chaque nouvelle participante. Il commence par une présentation succincte du type de groupe et définit 6 règles de fonctionnement.

2. Document du groupe d'accueil

Groupe d'accueil

Le groupe s'adresse à toute personne qui a subi une agression sexuelle, quel que soit l'état de son désarroi et de son cheminement personnel. Le groupe est particulièrement attentif à l'accueil des nouvelles participantes. Le groupe se réunit au rythme d'une séance d'une heure et trente minutes par mois.

L'objectif du groupe est de permettre et de favoriser l'échange entre les participantes concernant leur vécu, leur désespoir, leurs ressources. Le récit des faits d'agression subie n'est jamais demandé.

Règles

- 1. Règle de parole et d'écoute.
Au cours des séances, les vécus des participants sont adressés aux membres du groupe et aux animateurs par la parole, même si celle-ci peut à l'occasion se soutenir de techniques d'expressions comme celle des jeux de rôles ; chaque participant a le souci d'écouter la parole de l'autre, il s'abstient de couper les paroles en cours. De même les interventions ont pour but d'exprimer les préoccupations personnelles de chacun mais également de réagir aux dires des autres participants. Cette règle constitue la règle fondamentale du fonctionnement des groupes de parole.*
- 2. Règle d'admission.
Pour pouvoir participer, la candidate doit avoir rencontré au moins 1 des 2 animateurs qui en réfère à son (sa) collègue pour décider de l'acceptation ou non de la demande.*

3. *Règle de liberté de participation.*
La participation est libre : toute personne peut s'insérer dans le groupe en cours d'année, y venir irrégulièrement et le quitter lorsqu'elle le décide. La prise de parole à chaque séance n'est pas obligatoire. Les thèmes abordés ne sont pas prévus à l'ordre du jour.
4. *Règle de confidentialité.*
La confidentialité est de rigueur, et quant à l'identité des participantes, et quant au contenu des réunions.
5. *Règle de liberté et de respect.*
Dans le groupe règne un esprit de liberté d'expression verbale et de respect du vécu de chacun ; les passages à l'acte, même verbaux, n'y ont pas leur place.
6. *Règle d'abstinence.*
En dehors des séances de groupe, les participantes ne développeront pas entre elles de liens de soutien ou d'aide d'ordre thérapeutique.
7. *Règle de restitution.*
Tout dialogue important concernant le groupe, survenu entre les membres du groupe en dehors des réunions, est à ramener aux séances, qu'il concerne l'animation, la participation, les personnes, le contenu, la façon dont les choses ont été dites, etc.

3. Document du groupe thérapeutique

Groupe thérapeutique

Le groupe s'adresse à toute personne ayant subi une agression sexuelle, qui a déjà participé à un groupe de parole ouvert et est désireuse d'approfondir les échanges entre participantes. Le groupe se réunit au rythme d'une séance d'une heure et trente minutes par mois.

Règles

Les règles énoncées sont les mêmes que pour le groupe de parole ouvert, à l'exception de la règle de liberté de participation qui est remplacée par une règle d'engagement :

2. *Règle d'engagement.*
Les participantes s'engagent pour un cycle de 5 séances. En cas d'empêchement de participation à une séance, le membre du groupe est prié d'en avvertir personnellement un des deux animateurs. Une participation active par la prise de parole en cours de séance est demandée à chaque membre du groupe.

4. Commentaires

Au début de notre pratique, nous énoncions verbalement les règles auprès de chaque nouvelle participante, sans remettre de document écrit et sans référer aux règles de l'abstinence et de la restitution. Deux situations amenées aux réunions nous firent introduire la règle d'abstinence. Nous savions que des liens se nouaient entre membres

hors des séances. Il arriva à plusieurs reprises qu'une personne en grande souffrance s'accroche à un autre membre du groupe comme si l'une était au bord de la noyade et l'autre assignée à une place de salvatrice indispensable, les demandes d'aide se reproduisant de visites répétées en communications téléphoniques insistantes. L'énonciation de la règle d'abstinence permit à plusieurs participantes de ramener leur désarroi au groupe, et à d'autres, de discuter du bénéfice trouvé dans l'aide thérapeutique individuelle. Elle permit à une participante particulièrement sollicitée dans un rôle de personne secourable de quitter un statut de co-thérapeute pour retrouver celui de demanderesse.

Par ailleurs, des mécontentements suite à des paroles prononcées par une des membres ou par un des animateurs furent parfois exprimés hors séance. L'information en était rapportée en présence d'un des animateurs alors que la séance venait de prendre fin. Ou encore l'un ou l'autre reproche important était formulé lors de séances de psychothérapie individuelle que certains membres suivent auprès de l'un ou l'autre des animateurs. C'est ainsi qu'une de mes patientes me raconta avoir été injuriée au sortir d'une séance de groupe après y avoir confié des conduites, datant de son enfance, visant la provocation de son abuseur. L'introduction de la règle de restitution permit de resituer la spécificité des lieux d'adresse, le groupe étant approprié à recevoir ce qui peut ou doit être mis en travail collectif, c'est-à-dire ce qui dépasse la seule résonance subjective qui, quant à elle, relève du domaine de la thérapie individuelle.

LES APPORTS THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DES GROUPES DE PAROLE

Pour aborder les effets de repositionnements subjectifs propres au travail de groupes de victimes de violence, j'ai formulé cinq propositions, chacune d'elle tente de rendre compte d'un facteur thérapeutique spécifique lié au caractère collectif de ce type de prise en charge.

Première proposition. L'adhésion à faire groupe recrée chez les participants le sentiment d'appartenance à la communauté humaine.

1. La violence et la barbarie humaines

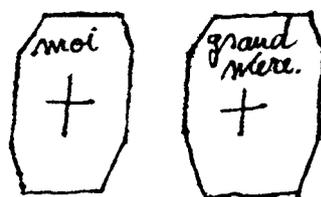
Je partirai de la réflexion d'une participante d'un de nos groupes de parole pour femmes violées. Cette femme avait été abusée dans sa petite enfance et violée à l'âge adulte, elle s'adressa aux autres participantes en leur posant une question. « De quoi souffrons-nous ? », demanda-t-elle, et elle proposa aussitôt sa propre réponse : « Nous avons été traitées de façon inhumaine de la part d'humains ! »

Cette réflexion vise la révélation de l'inhumanité présente dans l'humain. Tout qui en subit l'expérience éprouve la réalité d'un paradoxe insupportable. En effet l'exercice de la violence procure une jouissance liée au caractère

destructeur de ses manifestations, ce qui, dans tout le règne animal, constitue l'exclusivité de l'être humain. Et pourtant l'humanisation consiste en l'instauration et le respect d'une loi fondamentale, et pour le psychisme individuel et pour la possibilité de la vie en société : l'interdit de la violence. Toute société pour s'instaurer prescrit l'interdit des formes primordiales de la violence, ce sont l'interdit du meurtre, l'interdit du cannibalisme, l'interdit de l'inceste. Pour tout être humain la structuration psychique exige la confrontation à la présence de l'Autre, au renoncement à la toute puissance pulsionnelle, à la nécessité du tiers dans la régulation de sa vie amoureuse.

L'acte de violence est un acte qui porte atteinte à l'intégrité physique ou psychique. Parfois cette violence est portée à son niveau ultime : il ne s'agit pas de la mort mais de la barbarie. Je propose de spécifier la barbarie par l'affirmation suivante : la barbarie vise une destruction qui se situe au-delà de l'intégrité d'une personne, elle veut la destruction de l'être lui-même, de ce qui fait ou a fait la vie de la victime, ses valeurs, ses objets vitaux, ses réalisations et ses traces, même symboliques... Violence et barbarie sont toutes deux éprouvées par l'agresseur avec jouissance. La pratique de la barbarie n'est pas l'apanage des combattants de guerres ethniques. On connaît les pratiques de destruction massive de population et de leurs tissus sociaux, qui sont pratiquées dans le contexte de guerres, la rage à éliminer les monuments, les cimetières et jusque les inscriptions qui témoignent de la vie des peuples contre lesquels se porte le désir d'anéantissement. Notre société démocratique occidentale n'est pas à l'abri d'actes barbares. Pendant plusieurs mois, une des participantes du groupe d'accueil ne prit jamais la parole aux séances alors qu'elle ne manquait aucune réunion, elle pleurait souvent en entendant les témoignages des autres personnes. Avant que ne débutent les séances, elle se reculait avec effroi lorsque je m'approchais d'elle pour lui serrer la main comme je fais pourtant avec chaque participante. Un jour, elle remit une lettre à ma collègue en lui demandant de bien vouloir la lire au cours de la séance suivante. Le texte concernait les sévices qu'elle subit de la part de sa mère depuis le jour où elle révéla à celle-ci les rapports sexuels auxquels la soumettait son père. Voici en quels termes s'exprimait la lettre : « Je ne sais pas pourquoi que depuis que j'ai été violée il y a deux ans d'ici, je me rappelle beaucoup plus du premier viol [à] l'âge de 4 ans et cela jusque 6 ans. Je me rappelle que quand je l'ai dit pour la première fois à ma mère, j'ai mérité une gifle à la figure et elle m'a dit des méchancetés en disant que j'étais une menteuse. Depuis elle m'a détestée. J'ai eu le droit à être renfermée dans la cave, à être battue comme un chien à coup de ceinture et avoir des brûlures de cigarettes sur le visage. Il lui arrivait même de me renfermer dans la cage avec le chien et parfois, la nuit, elle me mettait dans le puits. [...] » Les sévices durèrent deux années jusqu'au placement de la petite fille. Lorsque celle-ci revint à la maison familiale, suite au départ du père, deux ans après le séjour en home, la fillette devint la bonne à tout faire d'une mère qui refusait que sa fille « s'approche » d'elle. La lettre parlait aussi de l'action bénéfique d'un grand-mère qui lui apportait « un peu de réconfort

et d'amitié ». Elle se terminait de la façon suivante : « Je me suis toujours sentie malheureuse. Depuis la mort de ma grand-mère. Que j'aimerais tant aller rejoindre. Car je n'aurai jamais une vie normale comme les autres. Je me sens tellement détestée par tout le monde. J'aimerais tellement mourir. » Le mot « mourir » était souligné quatre fois et suivi du dessin suivant



Depuis la séance où sa lettre fut lue, cette dame prit la parole dans le groupe autant que les autres participantes pour exprimer ses impressions, ses réactions, ses réflexions concernant son propre vécu ou concernant celui des autres.

Le désir d'extirper l'humain de l'humain caractérise les actes violents et barbares, il s'agit dans ces expériences de vouloir provoquer une destruction de ce qui constitue l'être humain dans sa valeur humaine, c'est-à-dire la dignité. La dignité est « le respect dû à une personne, à une chose ou à soi-même », lit-on dans les dictionnaires. Je voudrais définir la dignité en acte : c'est la considération de l'autre et de soi-même comme objet non-violentable dans son intégrité ni destructible dans son être. C'est pourquoi je préfère parler de « déshumanisation » plutôt que d'« inhumanité de l'humain ». Mais c'est aussi le propre de l'homme que de résister en un point indestructible. Ce maintien d'un noyau de vie psychique à l'abri de la destruction a reçu des noms divers : Zaltzman l'a nommé *la résistance de l'humain*⁽¹⁾, Cyrulnick a promu le concept de *résilience*⁽²⁾, c'est la réalité psychique que j'ai soulignée sous le nom de *l'ombilic du désir de vivre*⁽³⁾.

2. La cassure du sentiment d'appartenance

Dans les consultations comme dans les groupes de parole, les victimes de violence tentent parfois de nous transmettre la substance de leur souffrance : elle est créée par le fait même d'avoir éprouvé dans son être les horreurs dont les humains sont capables. Les victimes ont rencontré un insupportable : le fait qu'un interdit fondamental n'a pas été respecté. A cette expérience liée aux actes de violence, dans leur dimension de déshumanisation, correspondent une désillusion et une souffrance.

La désillusion sur la nature humaine ne constitue pas en soi une expérience négative puisque, à cette occasion, c'est un déni qui tombe : dans ce type d'épreuve les personnes « réalisent » brutalement que l'être humain est capable non seulement de désirer de telles choses mais même de les vouloir et de les agir. Une mise au travail de la désillusion est donc nécessaire ; pour nous, il s'agit de les accompagner dans le deuil de leur « nécessité » d'illusion sur la nature humaine, à l'opposé d'une restauration de l'illusion perdue.

La « réalisation » de la capacité barbare de l'homme provoque nécessairement une grande souffrance psychique liée à la destruction d'une confiance vitale, je parle de la croyance confiante dans une non-transgression des interdits fondamentaux qui assurent une sécurité de vie et une garantie de paix sociale. Avec l'agression s'impose désormais la nécessité de réaliser que l'on vit dans un lieu ou un monde sans garantie absolue de non-violence : il n'existe pas de tissu social fiable dans l'absolu.

Lorsque cette désillusion et cette souffrance dépassent les capacités psychiques de la victime, elles font destruction psychique, c'est ainsi que se produit le trauma de la victime d'agression dans sa spécificité. L'expérience peut aller jusqu'à emporter l'attachement au statut d'être humain, jusqu'à provoquer une destruction de la foi dans les valeurs humaines qui rejettent les actes déshumanisants, c'est alors que le sentiment d'appartenance à la communauté humaine se trouve détruit.

Cette rupture est un mouvement de désespoir qui s'alimente dans l'accrochage à l'identification de non-humanité : identification de non-humanité de l'agresseur (« ce sont des animaux » ; « ils sont des monstres ») et identification, prônée par le violent ou le barbare, de l'agressé en tant que non-humain (« vous êtes des cancrelats » ; « tu n'es qu'une ordure »). Mais il comporte souvent une position de refus ; en ce sens, il est une façon d'acquérir une maîtrise, au sens d'un éprouvé de puissance, dans une expérience d'impuissance : ne plus vouloir de l'acte et de l'intention violente qui sont d'un autre ordre que le désir violent, est un mouvement de révolte, il est intéressant de mobiliser celui-ci ainsi que d'en cautionner sa légitimité subjective.

La cassure avec la communauté humaine se manifeste de multiples façons. En voici quelques exemples :

Une jeune-femme avait été violée par deux jeunes gens, c'était la nuit en pleine ville, ils l'avaient forcée à entrer dans leur voiture et l'avaient jetée sur le trottoir, une fois leur méfait accompli, comme on se débarrasse d'un déchet. Suite à cette agression, la jeune-femme avait demandé à un de ses amis de partager son appartement où elle vécut une année entière en recluse, ne sortant jamais, même pour faire des achats. Cette situation dura jusqu'à sa participation au groupe. Pendant l'année de son isolement elle s'était forcée à manger énormément car elle voulait devenir monstrueusement grosse afin, pensait-elle, de ne plus susciter l'envie sexuelle. Après quelques séances de groupes, elle commença à sortir régulièrement de chez elle et s'inscrivit à un grand nombre d'activités de groupes : contre la boulimie, contre la solitude, contre la timidité...

Une jeune mère bosniaque refusait de s'occuper de son nouveau-né, elle avait assisté à des scènes d'horreur. Quand l'infirmière de la Croix Rouge tentait de l'intéresser à son enfant, elle détournait son regard. « Pourquoi, mais pourquoi ? », répétait-elle désespérément en secouant la tête, « ça n'a pas de sens, ça n'a pas de sens, tout ça ».

Une femme montrant toutes les apparences du bien-être et de l'intégration sociale participait à un groupe de parole rassemblant des rescapés du génocide rwandais, elle ne présentait aucun signe du syndrome du PTSD. Alors qu'une de ses compatriotes venait de raconter comment elle avait échappé à une traque organisée par les Interahamwe, elle déclara soudain, le regard fixé sur le vide et la voix empreinte d'une grande fermeté - c'était en présence de son mari - : « Je ne ferai plus jamais confiance en personne, personne et jamais ». Elle poursuivit aussitôt : « Que valent les humains : aujourd'hui ils se présentent devant vous en disant : « je suis votre ami, votre voisin, votre prêtre ». Demain ces mêmes humains seront vos traîtres. » Cet exemple souligne avec netteté que la cassure avec la communauté humaine concerne le sentiment de l'appartenance et que, parfois, la victime cache sa rupture humaine dans un grand silence trompeur.

3. Le groupe comme liaison à la communauté humaine

La participation au groupe de parole peut constituer une nouvelle expérience de liaison à une communauté humaine dans la mesure où celle-ci se révèle non suspecte de pouvoir commettre des actes violents ou barbares. Plusieurs facteurs peuvent favoriser l'émergence de cette condition.

- Premièrement, l'identification de ces participantes à des semblables en tant que victimes de tels actes et unies dans la condamnation de ceux-ci. Nous avons expérimenté l'importance de ce facteur par la négative. Une participante intervint en effet lors de deux séances différentes pour exprimer avec jouissance s'être adonnée à des agissements pervers avec des enfants. Cette révélation a été intenable pour les autres participantes, elle fut insupportable à une personne qui cessa sa fréquentation du groupe alors qu'elle y était venue pour la première fois (« je me croyais dans un groupe de pédophiles », dit-elle après-coup lors d'une consultation auprès de ma collègue). Le fait est resté dans la mémoire du groupe, il a traversé les changements successifs de personnes. C'est la position de la participante par rapport à sa jouissance qui a causé le caractère inacceptable de la révélation et a mené les deux animateurs à décider de l'interruption de sa participation aux séances de groupe.
- En deuxième lieu, l'ambiance qui règne dans le groupe, ambiance d'accueil et d'acceptation : il s'agit que l'on s'y écoute et que l'on y accepte les personnes dans ce que les paroles révèlent d'elles.
- Enfin, la règle éthique à laquelle se réfère le fonctionnement du groupe. Celle-ci est une règle de liberté de la parole des participants comprenant l'expression de leurs désirs les plus violents, mais elle interdit toute violence agie, que ce soit en actes ou en paroles (insultes). Cette règle sous-tend également les interventions des animateurs, comme lorsqu'elles concernent les actes dont les participants ont été victimes et lorsqu'elles sont paroles

de reconnaissance, survenant au moment propice, qui reconnaissent le caractère inadmissible de la transgression, car c'est par là aussi que la règle éthique prend son caractère de vérité.

Lors de consultations individuelles au Service d'Aide aux Victimes, il m'est arrivé de proposer à une collègue assistante sociale de me rejoindre en cours d'entretiens afin de commenter ensemble en présence des patients l'aspect traumatique de leurs situations : ainsi nous pouvions représenter à leurs yeux un microcosme social tenant lieu d'une mini communauté humaine.

Deuxième proposition. Le groupe est le lieu approprié de paroles sur le lien social : sur les forces qui poussent au lien social ou à son contraire, la déliaison violente ou barbare du social.

La situation de groupe pousse à l'identification collective régressive dans laquelle le groupe se veut narcissiquement pur et fort, il se produit dans les groupes une propension à ce que l'identité de ses membres se fondent dans un « moi idéal » commun⁽⁴⁾⁽⁵⁾, c'est ainsi qu'une tendance à prôner la vengeance tenaille les groupes. C'est bien pourquoi la situation de groupe est une situation opportune pour mettre en question une des dimensions les plus actives chez les victimes de violence, je veux parler de l'envie de représailles violentes et barbares. Je travaille cette dimension barbare, que la situation de groupe mobilise toujours avec force, selon trois axes : le désir de se défendre, l'envie de riposte, l'aptitude à la vie civilisée.

1. La « légitime défense psychologique »

(1) Le désir de se défendre est concerné dans les différents temps du traumatisme : dans l'expérience du débordement psychique, dans l'installation du trauma, comme au cours du travail psychique de reconstruction. J'ai décrit ailleurs le processus de traumatisation qui s'enclenche chez le sujet autour d'une expérience causale de destruction de ses objets vitaux et de son être. Avec la situation de violence subie, la dimension traumatique de l'expérience se trouve redoublée parce que la personne y est confrontée à la mise en acte d'une intention de violence de la part d'autrui et parce qu'une telle expérience détruit la confiance humaine. Le désir de se défendre qui peut survenir dans ce contexte provient d'un sentiment selon lequel se faire agresser est inacceptable ; j'appelle *légitime défense psychologique* une telle position du sujet. Celle-ci n'est pas présente chez tout le monde et ne relève pas de l'instinctuel car malheureusement l'« instinct » de survie n'existe pas, mais bien le *désir de vivre* dont l'histoire se tisse pour chacun selon les avatars de ses relations à l'Autre⁽³⁾.

(2) Lorsque cette position psychologique de légitime défense est présente, la mobilisation des potentialités de la personne pour agir sur sa propre détresse est plus aisée, je parle de la mobilisation par la personne elle-même lors de la situation de débordement psychique ou dans le temps de ses effets de trauma, comme de celle que nous tentons

de susciter lors du traitement. Voici quelques exemples de mobilisation de ressources psychiques survenue dans le temps de l'agression :

Une femme fut violée chez elle par un inconnu qui la menaçait de brutalités et lui tenait des propos insultants, elle eut l'audace d'interroger son violeur sur sa famille, et les questions qu'elle lui adressait provoquèrent des pleurs : a-t-il une sœur, une petite amie, que diraient-elles de sa conduite... « Que penserait ta mère si elle te voyait ? », « As-tu une sœur et voudrais-tu qu'elle subisse un tel sort ? » demandaient certaines prisonnières à leur tortionnaire argentins pendant les actes de viol, car elles espéraient provoquer ainsi chez le violeur la fin de son érection sexuelle.

Une personne qui avait été agressée chez elle puis kidnappée avait mobilisé toutes ses ressources pour manipuler un de ses assaillants, pour reconnaître le chemin emprunté par ses ravisseurs tandis qu'elle était enfermée dans le coffre de leur voiture, pour trouver du secours dans la nuit noire et malgré ses blessures.

Ce cas de figure nous signifie que certaines personnes effectuent un travail psychique dès leur exposition à une situation de grave menace. L'on pourrait décrire ce travail psychique avec les termes métapsychologiques de Freud : il s'agit de transformer la situation de détresse en situation de danger mobilisant un *dispositif d'angoisse*, le fameux *Angstbereitschaft* de Freud⁽⁶⁾, c'est-à-dire un déclenchement de défenses psychiques adaptées.

(3) Lorsque la position de légitime défense est absente, le recours aux ressources personnelles est plus ténu, il est parfois quasi-inexistant. Dans ces cas, plutôt que de recourir au dispositif d'angoisse, les personnes risquent de sombrer dans l'effroi et son prolongement la terreur, on sait que celle-ci consiste à installer l'agresseur dans la position de la toute-puissance et qu'elle s'accompagne de ce fait d'une paralysie psychique. Dans le cadre du traitement, la mobilisation des ressources est ardue. Avec ces personnes, sans négliger certes les éléments situationnels comme la présence d'armes, de cagoules etc., et tout en tâchant de ne pas induire ou renforcer la culpabilité, je mets au travail l'histoire de l'absence de légitime défense psychologique : cette instance se construit pour chacun dans les aléas qu'ont connus l'importance de sa vie, celle de ses objets vitaux, celle de son désir de vivre, etc.⁽³⁾ Prenons quelques exemples de ce cas de figure :

Lors d'un débriefing de groupe demandé suite à un braquage survenu dans une grande surface, une personne qui n'avait pas été exposée au danger était pourtant la plus choquée de toute l'équipe. Elle n'était pas sortie de l'effroi éprouvé pour la vie de ses collègues lorsqu'elle nous dit : « je n'ai jamais eu d'importance, ma vie n'a jamais eu d'importance ».

Une victime de violences graves survenues à répétition durant l'enfance prit un long temps de participation au

groupe de parole et de cure psychanalytique avant de pouvoir penser que ce qui lui avait été fait est inacceptable.

(4) En ce qui concerne cette dimension, le travail est essentiellement de ressourcement, au sens de la mobilisation des ressources de vie.

2. L'envie de riposte et l'envie de représailles

(1) Il s'agit de permettre aux victimes de nous dire les envies pulsionnelles d'agression qu'elles ont éprouvées ou auraient pu éprouver au moment même de l'agression (c'est l'envie de riposte), et dans l'après à titre de représailles (c'est l'envie de vengeance qui prolonge l'envie de riposte). J'entends par là que les victimes puissent dire l'envie de riposte et celle de vengeance, qui gisent au fond d'elles ou les rongent, jusqu'au bout possible de l'expression des fantasmes et dans toute leur crudité pulsionnelle aussi barbare soit-elle. Ces fantasmes concernent toujours la dissociation des corps jusqu'à la mort ! Ainsi l'on entendra qu'il s'agit, pour celui qui a subi les coups de la part d'agresseurs, de taper sur les têtes jusqu'à la décapitation ou au démembrement des corps, ou encore pour la femme qui a connu le viol, d'arracher le sexe de l'homme ou de le couper en morceaux qui seront piétinés ou jetés aux quatre vents. Il s'agit ici de recueillir les potentialités barbares mobilisées chez la victime en réaction à la barbarie agie par l'agresseur.

(2) Souvent cette expression permet une catharsis qui apporte un soulagement et, par là, une distance dans l'emprise émotionnelle qu'exerce l'évènement traumatique sur la personne : le sentiment d'angoisse et les sentiments d'agressivité de vengeance s'en trouvent atténués. Ce temps d'expression cathartique marque souvent un point de rupture entre un avant et un après. C'est ainsi qu'il permet le passage d'une *haine-pulsion* à une *haine-position* : ne pas vouloir de la barbarie en actes ni en intentions, tout en supportant de reconnaître ses propres potentialités barbares au niveau des envies et des fantasmes. Le travail psychique dépasse en effet la simple catharsis dans la mesure où il accomplit une reconnaissance de la barbarie humaine. A défaut d'avoir été éprouvée concernant sa propre personne, la barbarie sera rejetée dans un lieu hors humain, réceptacle des projections de la violence humaine – c'est en ce sens qu'on peut entendre certaines réactions collectives qui devinrent courantes lors de « l'affaire Julie et Mélissa » et qui voulaient annexer l'agresseur d'enfants au monde animal (« c'est un monstre », « ce n'est pas un homme, c'est une bête ») alors qu'il n'y a pas d'animal barbare -.

(3) Cette pratique thérapeutique exige des conditions extrêmement rigoureuses. Il s'agit pour l'analyste de pouvoir supporter le fantasme de dissociation du corps et de sa mise à mort. Il s'agit que ne soit pas entendue une invitation au passage à l'acte, dans lequel l'envie de vengeance se substitue à la légitime défense et au désir de justice, alors que ce qui est proposé dans la cure est un acte d'expression thérapeutique. Ce temps du travail est à situer comme un temps d'ouverture à l'imaginaire pulsionnel sans confusion entre le registre des envies et celui des intentions - les intentions

de nos patients ne nous regardent pas -, et sans ambiguïté quant à notre condamnation éthique des actes barbares. Il s'agit que le thérapeute soit au clair avec son propre transfert, que nulle jouissance perverse n'accompagne une telle expérience de parole libératrice.

(4) Il est frappant de constater que les envies de riposte et de vengeance surgissent avec le caractère spéculaire, que celui-ci s'applique aux actes, aux souffrances ou à la jouissance. « Je vais lui faire subir ce que j'ai subi », ou « ce qu'il allait me faire », ou « ce qu'il avait l'intention de me faire ». « J'ai envie de le faire souffrir comme il m'a fait souffrir », « Je voudrais qu'il ressente la même chose que ce que j'ai ressenti ». « Moi aussi je jouirai de le voir avoir mal, comme lui a fait avec moi ». Même lorsque les actes de vengeance imaginés par l'agressé dépassent l'acte qu'il a lui-même subi, le moule de départ reste celui du miroir : « je lui ferai ça, les coups qu'il m'a portés, mais j'irai beaucoup plus loin. » Toutes ces réactions indiquent que le sujet agressé est brusquement projeté en arrière dans le moment d'entrée dans le complexe de l'intrusion⁽⁷⁾ : le sujet est pris dans un duel à la vie à la mort. Nous verrons que c'est cette dimension du « même » qui agit également dans l'envie de fusionner en tant que semblable dans les groupes.

(5) En ce qui concerne ce point, le travail est d'expression cathartique et de reconnaissance.

3. L'aptitude à la vie civilisée

Tandis que les victimes d'agression sont aux prises avec leurs envies barbares de vengeance, il est possible de questionner et d'entendre chez elles leur positionnement intime quant au choix de poser des actes barbares ou de s'en référer à un tiers social. Je vise ici nos interventions consistant à interroger l'histoire de leur *aptitude à la vie civilisée*, selon l'expression utilisée par Freud dans *Considérations actuelles sur la vie et la mort*⁽⁸⁾. Freud était désillusionné par la conduite que les hommes ont suivie durant la guerre de 1914, il se demandait dans quelle mesure l'aptitude à la vie civilisée était le fruit d'un travail psychique interne ou du conditionnement par la carotte et le bâton. Cette question est régulièrement actualisée par certaines remarques de nos patients en consultation ou des participants aux groupes. En voici quelques témoignages :

« Je le buterais bien mais alors c'est la mafia ! »

« C'est bien que j'ai pas envie d'aller en prison, sinon... »

« Me venger, me venger... mais ça ne m'apportera rien. »

« Et pourquoi je ne me le permettrais pas, moi, de régler mes comptes moi-même, ils le font bien, eux »

À ces remarques de nos patients nous pouvons répondre par un questionnement mobilisant leur position de sujet face aux tensions que génère le lien à autrui. A l'expérience clinique, plusieurs thèmes se sont révélés féconds pour aborder ce positionnement inconscient, sans doute

concernent-ils des traits qui sont, dans la construction psychique des sujets, constitutifs de leur aptitude à la vie civilisée. Je veux parler des éléments suivants :

- *Le renoncement à la toute puissance des pulsions* : nos patients ont-ils connu une culture de l'affirmation violente de soi, sont-ils dans l'insupportabilité d'être retenus dans la satisfaction de leurs pulsions ?

- *L'intérêt pour l'autre* : connaissent-ils un intérêt pour l'autre qui dépasse l'identification en miroir, l'égoïsme, la culpabilité, la formation réactionnelle contre la haine et l'envie ?

- *La reconnaissance du tiers pour réguler le social* : supportent-ils le renoncement aux représailles ainsi qu'à l'exercice personnel de la justice - on sait que celle-ci consiste à vouloir appliquer une justice selon ses critères propres, ou à vouloir se substituer à l'appareil de justice dans les cas où celui-ci ne peut aboutir au jugement ou à la condamnation de coupables. Ce renoncement est inclus comme une nécessité dans l'adhésion de tout sujet au contrat social. Il s'agit bien pour nous de questionner ce qui pousse un sujet à vouloir « faire justice soi-même » ou au contraire à s'en remettre au tiers social vis-à-vis de la transgression violente. Il s'agit d'interroger l'opération d'intériorisation d'un « ne pas vouloir de la barbarie en actes et en intentions ».

4. Conclusions

Toute cette mise au travail favorise un processus de différenciation en nuances à la fois entre les participants des groupes de parole et, pour chacun, entre des positions de nature différente comme la révolte contre les mauvais fonctionnements de l'appareil de justice et le refus de justice, l'envie de représailles et l'intention de vengeance, la désillusion sur le lien social et l'envie éprouvée vis-à-vis des délinquants qui se permettent ce à quoi nous avons choisi de renoncer, etc. Pour permettre cette différenciation, nous sommes parfois obligés de nommer nous-mêmes, en les reconnaissant dans leur réalité et dans leur statut différent, les implications de la personne et les responsabilités sociales. Nous pouvons, par exemple, reconnaître une démission ou un dysfonctionnement de la Justice ou encore une impossibilité d'aboutissement en certaines circonstances, et les distinguer d'un empiètement ambigu à déclarer un prétendu constat d'absence de justice.

Il s'agit, dans tout ceci, d'une mise en question et en élaboration, c'est-à-dire d'un travail analytique et non pas d'une éducation civique ou pédagogique. Une expérience judiciaire réalisée par un instituteur permettra de distinguer notre travail analytique de l'intervention civique. Face aux remous causés dans la population par la disparition de Julie et Mélissa et par la découverte de leurs corps, un instituteur de la région de Charleroi anima des débats avec des élèves lors desquels ceux-ci pouvaient exprimer librement leurs réactions face au phénomène de la pédophilie. Certains de ces débats ont été filmés et des extraits en furent montrés à la télévision. On y voit des élèves d'école primaire exprimer

leurs envies de mise à mort parfois accompagnée de tortures ; on y entend l'instituteur répondre avec beaucoup de compréhension pour les élèves et de fermeté dans sa référence aux droits de l'homme face aux accusations qui le traitent de pédophile parce qu'il refuse de répondre à la pédophilie par la vengeance barbare. Toutes ces interventions témoignent de la noblesse du projet qui sous-tend cette action, si éloigné de la visée d'un travail analytique : il s'agit d'une formation au sens civique. L'ambition analytique est ailleurs, elle vise les positions inconscientes, elle implique la reconnaissance de sa propre barbarie, et ceci vaut pour l'analyste autant que pour la victime. C'est ainsi que tout travail analytique, digne de ce nom, se situe à l'opposé de discours, entendus parfois à propos du travail prétendument indiqué à la suite de génocides, selon lesquels il s'agirait de vanter l'homme civilisé et de déclarer les auteurs d'actes barbares des « non-hommes ».

Ces différents aspects de la vie des groupes mettent en évidence la nécessité de diriger l'animation des groupes, tout comme il y a lieu de diriger les cures : la simple liberté d'expression spontanée peut mener les groupes au pire alors qu'il y a lieu d'interroger, y compris dans le sens de remettre en question, le ressort de ce qui pousse à « faire groupe ». Ainsi une jeune-femme qui participait pour la première fois à une séance du groupe d'accueil s'empressa de prendre la parole dès le début de la rencontre, elle se mit à nous raconter les circonstances du viol qu'elle avait subi un matin alors qu'elle conduisait son petit garçon à la crèche. Sous la menace d'un couteau, elle avait dû entrer dans un cimetière où le méfait fut accompli. Pendant la séance, elle était parvenue à faire monter la colère des participantes contre le violeur, contre la Justice et contre les psychologues. Selon ses dires, son attaquant en était à sa septième agression (les précédentes étaient toutes faites de viols ou de tentatives de viol), les policiers avaient mal reçu la victime, ils lui avaient dit que le juge relâche systématiquement le violeur et que le dossier allait être classé sans suite, la psychologue vers laquelle elle fut orientée lui conseilla de couper ses cheveux longs parce que leur vue excite certains hommes. Alors que la révolte éclatait dans le groupe, la jeune-femme nous quitta précipitamment, invoquant des obligations familiales et ne pas savoir que les séances durent une heure et trente. Ma collègue et moi nous dûmes restituer un cap de travail dans un groupe en proie aux débordements, il s'agissait que les participantes se mettent à analyser leur tendance à fusionner dans la haine vengeresse et dans le sentiment d'être abandonné par les aidants - ces « deuxièmes personnes de confiance » selon l'expression de Ferenczi -, tous sentiments régressifs qui cimentent si aisément les groupes de victimes.

Troisième proposition. Le caractère de similarité des traumatismes subis permet aux victimes, au-delà de la reconnaissance de leur état, un positionnement externe vis-à-vis de leurs semblables, avant qu'elles ne s'autorisent à faire tiers vis-à-vis de leur propre expérience.

1. Le désir du semblable

C'est un fait d'expérience : de nombreuses victimes de violence souhaitent être mises en contact avec une personne « qui a vécu la même chose », certaines déclarent n'accepter d'aide que d'une telle personne. Ce phénomène est très aigu chez les victimes de viol ou d'abus. Les victimes, selon un premier abord de leur discours, semblent y retrouver une identité perdue et sortir d'un sentiment de solitude. En effet, si elles savent que d'autres personnes ont vécu le même type d'expérience, leur vécu est plutôt d'en douter : elles oscillent souvent entre la croyance que leur expérience est tout à fait unique, hors de toute ressemblance avec celle de quiconque, et celle de pouvoir rencontrer quelqu'un qui a vécu tout à fait la même chose. Très vite dans la rencontre avec d'autres victimes, elles vont se croire totalement compréhensibles entre elles et incompréhensibles par les non-victimes. Lors d'une séance de groupe de parole, une femme commentait ainsi la solitude immense de la femme violée : « les autres ne connaissent pas notre souffrance, ils ne pourraient pas la comprendre dans son ressenti ». Rien qu'en utilisant chez ses membres un tel positionnement en miroir, le groupe trouve une efficacité intéressante : en se reconnaissant dans les autres semblables à elles-mêmes, les victimes sortent de l'inexistence dans laquelle les a jetées la situation traumatique, ensuite elles peuvent se rouvrir au groupe de semblables pour s'y comprendre en miroir et nommer toute une substance commune de leur expérience : les mêmes symptômes, les mêmes conceptions, les mêmes angoisses, etc.

Je ferai deux remarques concernant ce désir de retrouver du semblable, l'une en concerne la cause, l'autre son effet.

Premièrement, il faut se rendre compte de ce qui sous-tend ce désir de reconnaissance en miroir : l'horreur d'une expérience de mort psychique. Dans le cadre de consultations ou d'entretiens d'admission aux groupes de parole, j'ai entendu de nombreuses victimes d'agression me parler de leur envie de rencontrer des semblables, il m'est apparu que ce qu'elles désirent alors, ou acceptent comme seule réassurance véritable, c'est de rencontrer quelqu'un qui ait traversé la même expérience de mort et soit encore vivant. Cette dimension fondamentale de l'attente d'une victime vis-à-vis d'autres victimes sous-tend le désir et la satisfaction de recevoir dans l'expérience de groupe des témoignages qui redonnent espoir, comme lorsqu'y interviennent ceux qui ont pu se sortir du vécu de trauma ou d'états dépressifs associés.

Deuxièmement, si on laisse libre cours à cette tendance de retrouver du même, il se produit une régression vers une fusion dans une identification collective à la victime. Alors même que le groupe est le lieu où les victimes pensent sortir du néant, éprouvé au cœur de toute expérience traumatique, il est aussi le lieu où elles peuvent y retourner, dans le leurre d'une identification collective. Ceci montre que la reconnaissance en miroir est un passage obligé très efficace mais que sa survalorisation nous conduirait à partager la seule ambition, qui est non thérapeutique, de

pratiques de groupe telles qu'elles ont été mises en place par certaines associations de malades, qui visent uniquement le soutien dans la compréhension mutuelle.

2. Le fonctionnement en miroir

Un phénomène qu'une participante aux groupes de parole a nommé un *fonctionnement en miroir* permet de dépasser l'aliénation de la reconnaissance en miroir. Par cette expression, cette participante visait le fait de pouvoir énoncer de l'extérieur un commentaire sur sa propre situation, en se voyant dans son semblable. Le commentaire est interprétatif ou invite à un changement de position. Quelques thèmes abordés de cette façon dans le groupe de parole pour femmes sexuellement agressées sont revenus de façon répétée, il s'agit du vécu du corps, de la difficulté à dire non, de la culpabilité d'avoir été agressée.

Voici quelques phrases qui furent échangées concernant le vécu du corps :

« Ça fait trois séances maintenant que j'annonce que je veux dire quelque chose de difficile ; eh bien voilà : je ne me lave pas et je pue. Non, ne me dites pas que ce n'est pas vrai, je le sais très bien et je le fais exprès, je pue : y a que comme ça que je sais que j'ai un corps parce qu'alors je le sens. »

« Quand je suis dans la rue, je me vois passer sur le trottoir de l'autre côté. »

« Moi je ne me reconnais pas sur la photo d'identité. »

« Est-ce que tu as déjà pu être de nouveau toi, après les viols ? »

« Tu sais bien qu'on n'est plus dans son corps ! Ca nous protège, en fait. »

Et voici quelques autres phrases qui ont concerné la difficulté à dire non :

« Tu ne sais pas dire non... C'est aux autres que tu ne sais pas dire non. Mais en fait, on ne se respecte pas comme ça. »

« Le jour où tu voudras bien te battre pour toi ça ira mieux, plutôt que de te sacrifier. »

« Quand allons-nous enfin nous défendre ? »

Le thème de la culpabilité revient de façon récurrente dans le discours des victimes. Lors d'une séance de groupe où il en fut à nouveau question, j'invitai chaque participante qui se sentait capable d'intervenir, à énoncer aux autres l'objet de sa culpabilité. Voici les phrases qui ont été prononcées :

« J'aurais pas dû être au mauvais moment au mauvais endroit » ;

« J'aurais pas dû ouvrir à quelqu'un que je connais » ;

« J'ai jamais dit non à mon père » ;

« J'ai tout fait avec mon grand frère » ;

« Après le viol, j'ai pensé : ai-je été provocante, sinon pour quoi ça m'est arrivé ? » ;

« Moi, je ne me suis pas débattue ».

Ensuite, je demandai que chacune réponde à la culpabilité formulée par une autre :

« C'est la peur qui fait qu'on ne se débat pas » ;

« Un enfant, il subit toujours » ;

« Tu as le droit d'ouvrir aux gens que tu connais »...

Une toute jeune femme qui n'assistait que pour la deuxième fois à nos rencontres s'exprima avec force et pertinence :

« Tu sais pourquoi tu es coupable, c'est comme nous toutes : nous sommes coupables parce que nous ne nous pardonnons pas que ça nous soit arrivé ! »

Les commentaires reconnaissent ainsi, en les nommant à propos des autres, les mécanismes psychiques et les positions dans lesquels les participantes sont prises elles-mêmes sans vraiment s'en rendre compte. Les exemples montrent qu'ils contiennent souvent une invitation à un changement de position par rapport à un vécu aliénant. Ces interventions ouvrent chez leurs auteurs un processus de reprise à leur propre compte et de perlaboration de la valeur de vérité de leurs propres paroles alors que celles-ci avaient d'abord été adressées à leurs semblables. C'est ce dont témoignent après coup les effets de changement de position avec lesquels se retrouvent les personnes tout un temps après leurs interventions répétées : elles ont intégré pour elles-mêmes l'adresse faite aux autres ! La personne qui avait trouvé l'expression « fonctionnement en miroir » m'en avait expliqué l'intérêt de façon très pertinente : « Ainsi notre discours peut peu à peu être valable pour nous : par exemple, peut-être n'est-on pas si coupable ? C'est une étape avant de pouvoir nous autoriser pour nous-mêmes une autre façon de nous situer. » J'ai utilisé le « fonctionnement en miroir » auprès d'autres groupes de victimes. Ainsi, lors d'un travail d'animation de groupes de rencontres avec de réfugiés kosovars pendant leur exil en Belgique, le recours à ce mécanisme fut le levier le plus intéressant pour permettre une prise d'extériorité et, par là, de relativisation d'une haine de vengeance débordante. Un exemple l'illustrera. Lors d'une première séance de rencontre, un des Kosovars les plus âgés du groupe se montra virulent dans la haine anti-Serbes. Alors, un adolescent se mit à raconter qu'une nuit, tandis qu'il regardait par la fenêtre de sa chambre, il avait surpris son voisin serbe se recouvrir la tête d'une cagoule, ce qui signifiait qu'il partait avec les milices commettre des crimes. « Quand je retournerai au Kosovo, je tuerai », dit-il. En réponse, je leur rapportai ma sidération face au discours d'une fille de 14

ans qui, après m'avoir confié les assassinats barbares dont furent victimes ses deux parents, m'avait dit :

- Ce que j'espère pour la Serbie : qu'on aille faire là-bas ce qu'ils ont fait chez nous !

- Comment comprenez-vous cela ? » ai-je demandé au plus forcené des anti-Serbes du groupe.

Celui-ci nous expliqua que « c'est normal de réagir comme ça, parce qu'ils ont vécu un massacre de la part des Serbes et donc tout Serbe est assimilé à un agresseur : il y a un *amalgame*. »

- Est-ce pareil pour l'intervention de ce jeune homme ? », demandai-je.

- Oui c'est la même chose, d'après moi », répondit-il.

- Alors d'après moi, c'est sans doute aussi pareil pour vous ! », lui dis-je.

Ainsi les participants des groupes, qui manifestaient le plus de violence dans le désir de vengeance devenaient mes alliés pour éclairer les mécanismes du basculement des réfugiés dans la haine féroce.

Quatrième proposition. En favorisant les interactions entre les participantes, c'est la créativité et les ressources parfois ignorées du groupe qui se révèlent opérantes.

Je constate que les participantes du groupe de femmes victimes d'agression sexuelle ont développé d'elles-mêmes certains rites d'accueil : se présenter l'une l'autre par leurs prénoms lorsqu'elles arrivent, fêter les anniversaires en amenant de la tarte, préparer du café. Dans le groupe d'accueil, elles ne proposent jamais la parole à celles qui ne la prennent pas spontanément, par respect pour la liberté d'initiative. De toutes ces façons, elles instaurent des conditions favorisant une ambiance agréable pour la tenue de réunions où il s'agit de pouvoir parler d'horreurs.

Je constate également qu'elles ne restent pas dans le partage de la position de victimes. Je considère ce trait de leur fonctionnement comme une réussite du travail du groupe tant il est vrai que la victimisation est l'objet d'une demande fréquente chez les victimes et une position contre-transférentielle assez typique chez tout aidant débutant un travail auprès de personnes traumatisées. Souvent lors de l'écoute d'une nouvelle venue dans le groupe, les participantes semblent se donner un temps de partage émotionnel. Ainsi une personne nous avait assailli d'un déferlement de malheurs subis : abus sexuels de la part de son père, abus divers de la part de la société qui refusait de lui rendre son enfant placé, interdiction faite à la mère de rendre plus d'une visite par mois à sa fille ainsi que de rencontrer celle-ci en dehors d'une surveillance étroite, etc. Très vite, il n'y eut plus de place dans les échanges que pour le mal-être global de cette femme que le placement de sa fille n'avait fait que renforcer. Cette personne nous

dit : « sans ma fille je suis morte ! », et chacun entendait dans ces paroles qu'elle vivait sans goût, mais aussi qu'elle pensait mettre fin à sa vie. Dans un premier temps, les réactions émotionnelles se succédèrent exprimant le dégoût, la tristesse, la colère : « Comment est-il possible que la Justice enlève une fille à sa mère ? Je souffre avec toi. », « Ne te laisse pas faire », etc. Tout ceci fit vite place à autre chose. En effet les participantes occupent les unes par rapport aux autres une place d'invitation à l'élaboration, avec une pertinence et une créativité parfois insoupçonnées. Ainsi, la personne que je viens d'évoquer nous avait confirmé l'impression que nous partagions tous :

« Oui j'ai fait plusieurs suicides ! »

« Tentatives ! », lui fit remarquer ma collègue.

« C'est la fille de mon père et au début je n'ai pas voulu m'en occuper, je n'en voulais pas, mais aujourd'hui on s'adore, elle me rassure tout le temps en me disant : «ça va aller, maman». »

Tel est donc le genre de choses qu'elle nous adresse, et voici deux interventions pertinentes de la part de participantes.

Première intervention :

« Tu l'as désirée ta fille ! »

« Ah non, c'est ça le problème je ne peux pas le lui faire croire : elle sait que je l'ai abandonnée. »

« Si, tu l'as désirée : après ! »

Un ensemble d'échanges s'en suivit, il portait sur les réalités psychiques suivantes : la non-décision de conception d'un enfant, la difficulté d'accepter un enfant né de l'inceste, le désir vis-à-vis d'un enfant, qui peut naître dans le cours de la relation avec lui et se trouver gangrené par la culpabilité et les envies réparatrices...

La deuxième intervention émana d'une personne que, pendant longtemps, nous avions tous prise pour une femme aux capacités intellectuelles réduites et au fonctionnement psychique exclusivement occupé par ses hallucinations visuelles et auditives. Voici donc la question qu'elle posa :

« Qu'est-ce que tu veux vivre sans ta fille ? »

Son interlocutrice n'entendit pas de suite l'interpellation qui s'adressait ainsi à son désir de vivre hors sa fille, et le fait d'interpeller ce désir exclusif pour sa fille dans le registre du désir de vivre se révéla productif pour l'ensemble du groupe, bien plus sans aucun doute que ne l'aurait été une interrogation ciblant l'histoire et la nécessité de l'accrochage d'une mère à sa fille comme unique raison de vivre.

En ce qui concerne cette dimension du travail, le rôle des animateurs semble se réduire à garantir un cap dans les

échanges, celui de maintenir la confiance dans les capacités du groupe. Nous avons toutefois à intervenir à partir de nos propres ressources lorsque le groupe dérive vers la fusion ou dans le renforcement du vécu dépressif. Un écueil possible de la survalorisation des capacités réelles de certains des participants d'un groupe est de recouvrir par là leur détresse personnelle. Dans le groupe de parole que nous animons à Charleroi, la mise en avant des capacités d'intervention d'une participante avait instaurée celle-ci dans une position de co-thérapeute et ceci nous avait tous conduits à négliger sa propre souffrance, la confirmant ainsi dans son perpétuel rôle de servir les autres en toute fidélité à sa conviction selon laquelle « il n'y a pas de place pour elle ».

Cinquième proposition. La confrontation aux différences favorise la prise en compte et la supportabilité des restes irréductibles issus des heurts de l'existence, sans lesquelles nul ne peut se mettre ou se remettre à vivre.

1. La confrontation à quelques différences

Dans les groupes de parole pour femmes violentées, la confrontation aux différences s'est souvent jouée autour des expériences du viol et de l'abus. Voici quelques différences énoncées par les participantes qui, autour de cette question, se répartissaient en deux sous-groupes distincts.

(1) Un sentiment d'abolition de l'enfance chez les ex-enfants abusés s'oppose à une sensation de démolition survenue, chez les femmes violées, à une date précise de leur vie d'adulte, l'événement du viol causant un clivage entre la nostalgie d'un avant fait de bien-être et l'amertume d'un après fait de mal-être. Ce thème revient régulièrement, avec l'arrivée de nouvelles participantes dans le groupe d'accueil, selon une modalité répétitive : des convictions opposées poussent les unes à affirmer : « c'est plus dur d'avoir été violée parce qu'on a goûté à quelque chose d'heureux, puis avec le viol la chute est d'autant plus traumatisante », et les autres à déclarer : « pour nous qui avons été abusées, c'est plus épouvantable puisque vous, vous avez connu une vie heureuse, et nous, jamais. »

(2) L'expérience d'abus produit parfois des fantasmes d'envie d'agresser sexuellement des enfants, au sens de détruire l'enfant dans sa virginité sexuelle. En août 1996, toute la population belge apprit par la presse les terribles aveux d'un kidnappeur d'enfants : il reconnaissait avoir séquestré Julie et Mélissa qui avaient disparu en juin 1995 et désignait le lieu où leurs corps avaient été enterrés. Une séance de groupe avait lieu quelques jours après ces révélations, j'appris le matin même que j'aurais à en assumer seul l'animation, et je m'imaginai aussitôt que j'allais sans aucun doute « en prendre pour mon sexe », que la haine anti-hommes allait jaillir en explosion. Un long silence s'empara du début de la séance, comme si une angoisse immense avait pris possession du lieu et des personnes. Soudain une participante lança une phrase au contenu inattendu, puis une deuxième embraya sur le même thème, et une troisième encore : il ne s'agissait que d'envies d'agresser sexuellement des enfants ! Les phrases venaient de celles

qui avaient été abusées dans leur enfance, et chacun tenta de comprendre ce qui se disait ainsi sans que le moindre jugement de déconsidération ne fut porté. Les participantes habitées de ce type d'envies ont commenté les circonstances de l'apparition de celles-ci et le fond duquel elles semblent surgir : c'est la vue d'enfants épargnés qui, disaient-elles, éveille chez elles une rage intérieure, et c'est le désir de transmettre leur propre malheur qui s'empare alors d'elles. J'ai gardé en mémoire la réaction de ma collègue lorsque je lui eus rapporté le contenu de la séance ; elle me dit aussitôt : « Si les participantes ont pu parler avec tant de vérité, c'est qu'elles éprouvent une véritable confiance dans le groupe de parole. »

A d'autres séances de groupe, d'autres participantes ont également abordé le trouble ressenti en rapport avec des envies d'agressions sexuelles d'enfants, celles-ci ont chaque fois été reliées à un désir de nocivité, parfois chargé d'érotisation. Beaucoup de femmes qui ont été abusées sont habitées d'une peur souvent obsédante que leurs enfants ne soient pédophiles. Cette crainte est entretenue par un discours ambiant dans notre culture qui affirme un lien de causalité entre l'abus subi et le comportement pédophilique. La croyance en une telle causalité est portée par certaines personnes abusées dans le fantasme d'une maladie familiale contagieuse qui se réveille à la moindre observation de manifestations sexuelles chez les enfants de leur famille élargie.

(3) L'attachement à l'agresseur a suscité énormément de discussions entre les participantes. C'est souvent avec indignation que les femmes qui ont subi le viol apprennent que celles qui ont subi l'abus sexuel au sein de leur famille entretiennent des contacts avec les pères ou frères abuseurs ou avec les mères qui ont laissé faire. Pour celles qui ont été violées, l'attachement à l'agresseur est maintenu dans la haine, parfois recouverte par la culpabilité de la victime. J'ai connu quelques cas qui font exception à ce constat général : une jeune-fille avait été violée en pleine rue après avoir été jetée sur le sol, elle était emplie de compassion pour son violeur dont la misérable condition psychologique la rendait malheureuse ; dans un autre cas, très problématique, une femme avait éprouvé une jouissance sexuelle pendant le viol, elle s'était retrouvée après l'acte avec des sentiments ambivalents vis-à-vis de son agresseur. Pour celles qui ont connu l'abus il est difficile de faire entendre une série de traits qui caractérisent leur propre relation à l'agresseur : leur transfert dédoublé vis-à-vis du parent abuseur qui avait été en même temps bon, par exemple pour avoir été celui qui, dans la famille, s'était occupé et préoccupé de l'enfant, mais qui avait également été mauvais, en tant qu'auteur de l'abus ; l'importance d'une relation de fidélité à la famille d'origine ; ou encore l'impossibilité de rejeter un père parce qu'une telle prise de position morale équivaldrait à déclarer ne pas avoir eu de père et provoquerait une sortie de la condition humaine, ce qui semble plus insupportable encore que de devoir dénier une défaillance fondamentale de l'Autre parental. La multiplicité des échanges sur ce point se révéla fort bénéfique à plus d'une participante, comme si lors de l'énonciation aux

autres, c'était dans leur propre entendement également qu'une reconnaissance avait pu se produire.

(4) Plusieurs personnes qui avaient été abusées dans l'enfance ont rapporté et mis en discussion dans les groupes l'expérience d'une jouissance éprouvée lors des abus, expérience qui a introduit la dimension sexuelle dans leur culpabilité de victime. Les discussions suscitées ont permis de mettre à jour la complexité vécue à ce niveau par les victimes d'abus : l'inconvenance d'avoir été initiée au plaisir sexuel par un partenaire adulte et imposé, la dimension de panique liée à cette jouissance et, pour certaines, à l'amour ressenti vis-à-vis de l'agresseur, parfois également la fonction de cette jouissance comme tentative d'érotisation du vécu d'anéantissement traumatique.

(5) Chez les personnes qui ont été abusées, l'agression mobilise les fantasmes inconscients de nature oedipienne, elle complexifie, de ce fait, l'impact de l'agression : à la logique du trauma s'intrique celle des désirs sexuels inconscients. Ainsi la relation sexuelle agie de la part du parent abuseur peut provoquer une adhérence de la recherche de partenaires et de la jouissance sexuelle aux figures parentales, elle marque la vie sentimentale du sceau de la culpabilité (culpabilité oedipienne qui s'intrique avec la culpabilité de la victime), elle nourrit une sensation de toute-puissance des envies pulsionnelles.

(6) Plusieurs personnes qui avaient été abusées ont souligné comme un trait différentiel la répétition des actes d'abus qui, après s'être déroulée parfois au cours de nombreuses années, semblait faire retour dans le caractère répétitif de leurs symptômes : harcèlement par les souvenirs, répétition de leur frigidité au cours des ans, etc.

2. La reconnaissance de multiples différences

La reconnaissance des différences à l'intérieur même des sous-groupes se référant au viol ou à l'abus, ou de toute autre différence venue à jour dans les paroles échangées est intéressante : dans ce type de groupe la visée des rencontres n'est pas de fusionner mais d'arriver à réaliser que chaque personne porte une destinée de ses traumas différente de celle des autres, qui fait de la vie de chacun une vie unique.

3. L'expériences des restes

Ce qui est laissé en reste dans les démarches sociales, ce qui ne peut être pris dans les représentations qui concernent les expériences, ce qui ne peut se guérir des confrontations aux heurts de l'existence, etc. creusent de fameux vides au sein même de nos vies. Les groupes m'ont mis en présence de quelques exemples poignants de cette perte, si difficilement supportable, dans le domaine du recours des victimes à la Justice. Ainsi le fait même de s'en remettre à une justice tierce produit immanquablement du reste. Par exemple, certains actes connus d'expérience par certaines victimes resteront sans possibilité de condamnation et de sanction parce que le témoignage seul de celui qui est victime ne

constitue pas une preuve suffisante aux yeux de la Justice, même lorsque la victime sait pertinemment que l'acte a eu lieu et en connaît l'auteur. C'est le cas douloureux de victimes d'abus ou de viols - actes qui ont parfois été accompagnés de grande brutalité -, qui savent que l'acte d'agression tombe sous le coup de la prescription ou qui font l'expérience du classement sans suite ou encore du non lieu. C'est aussi celui des Kosovars qui étaient réfugiés dans nos pays démocratiques : ils savaient que l'option pour l'état de droit exige de supporter que la Justice ne puisse pas s'attaquer à la plupart des auteurs d'actes barbares, et ceci pour des raisons diverses : l'anonymat des coupables - ceux-ci venaient souvent de Serbie ou d'une région du Kosovo éloignée du lieu des exactions, ou bien ils agissaient cagoulés -, le manque de preuves à leur égard - même dans les cas où les agresseurs ont été vus par leurs victimes, la parole de l'un s'oppose à celle de l'autre -, ou parce que les victimes sont mortes. Dans le groupe de parole pour femmes violentées, la question de la perte concernait également la sanction et la parole : celles-ci n'aboutissent pas, dans certains cas, à l'expression de remords ou à la demande de pardon de la part de l'agresseur alors que de tels actes, pressentis comme réparateurs, sont tellement attendus par certaines victimes ; dans aucun cas elles ne peuvent rétablir l'état antérieur même lorsque le remords ou les excuses surviennent ; dans tous les cas, quelque chose est bien irrémédiablement perdu.

C'est la supportabilité d'un incommensurable dans l'expérience des heurts avec la réalité qui est ici visée : l'impossibilité de se reconnaître comme totalement semblable ou de se faire entièrement comprendre dans son unicité, tout autant que l'impossibilité d'une réparation totale du dégât lié à l'expérience traumatique. Et ceci touche intimement le paradoxe de notre condition humaine car tout ne peut être repris dans l'expérience de parole ni dans la régulation symbolique de la vie sociale alors même que nous sommes des êtres de parole et que les choses de la vie et de la mort n'ont de portée, c'est-à-dire ne nous parlent, que pour le sens et le non-sens que nous leur donnons : si chaque épreuve confronte l'être humain à l'ineffaçable - le fait même que l'événement ait eu lieu, que des traces s'en inscrivent, que l'état antérieur est définitivement aboli -, elle le plonge au cœur de l'indicible car ni les traces qui se répètent ni les représentations qui se transmettent ne disent toute l'expérience du sujet.

CONCLUSION

Tout ceci me rappelle la réflexion que m'adressa une patiente victime de torture : « Alors », dit-elle, « *la chose* est arrivée ». Et nous savons ce que ceci peut produire : une transformation créatrice pour le sujet ou une répétition de l'échec, l'issue dépend aussi de la pertinence de nos implications dans le travail, en tant que psychanalystes.

RÉFÉRENCES

1. Zaltman N. *La résistance de l'humain*, Paris : PUF, 1999.
2. Cyrulnik B. Introduction. In : Cyrulnik B (sous la direction de). *Ces enfants qui tiennent le coup*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives / Martin Média, 1998.
3. Roisin J. Ressources de vie en situations de destruction. *Le Bulletin Freudien* 2000 ; 34 : 117-132.
4. Freud S. Psychologie des foules et analyse du moi. (1921). Traduction française par Altounian J, Bourguignon A, Bourguignon O, Cotet P et Rauzy A. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981.
5. Lacan J. *Séminaire I. Les écrits techniques de Freud*. 1953-1954. Paris : Seuil, 1975 : 149-163.
6. FREUD S. Au-delà du principe de plaisir (1920), Traduction française par Laplanche J et Pontalis JB. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981 : 74.
7. LACAN J. La famille. Le complexe, facteur concret de la pathologie familiale. In : *Encyclopédie française*. Paris : Larousse, 1938,8 (40) : 8-11.
8. FREUD S. Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1915). Traduction française par Cotet P et al. In : *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1981.

Correspondance

Pr. JACQUES ROISIN

Docteur en psychologie et psychanalyste.
 Université catholique de Louvain-la-Neuve
 Faculté de Droit et Criminologie
 Chargé de cours
jacques.roisin@uclouvain.be

LA THÉRAPIE BRÈVE DU TRAUMA: UN POINT DE VUE HYPNOTIQUE SUR LES SÉQUELLES D'ABUS SEXUELS

A. Simon

Brief trauma therapy: a hypnotic point of view as to the sequelae of sexual abuse

The specific context pertaining to sexual abuses strongly increases the common post-traumatic symptoms encountered in the psychotraumatology field. This observation supports the need for treating patients suffering from their own life story issues in a safe and framed environment, with specifically tailored tools.

Brief trauma therapy (BTT) is an integrated psychotherapy tool associating conversational hypnosis and brief therapy. This combined technique allows for emotional affections like psychological traumas to be treated based on guidelines that protect the patient's integrity while respecting his freedom.

This article describes the development of the main post-traumatic symptoms in sexual abuse cases, along with their evolution following BTT therapy sessions, as illustrated by brief examples issued from our clinical work.

What is already known about the topic?

Dissociation is a key concept in the development of posttraumatic symptoms, particularly in the setting of sexual abuse. Dissociative sequelae have been shown to involve memory, body, emotions, thoughts, as well as victim behaviors.

What does this article bring up for us?

The dissociative features allow us to work using hypnosis techniques. By means of tools like brief trauma therapy, the patient reintegrates dissociated aspects into his life, resulting in an improvement of the disorder symptoms. It appears crucial to provide personalized therapy to each individual patient.

KEY WORDS

BTT, hypnosis, psychological trauma, sexual abuse, dissociation, emotions

Le contexte particulier des abus sexuels augmente majoritairement les symptômes post-traumatiques habituellement rencontrés dans la clinique. Cet état de fait appuie le besoin essentiel de soigner les patients qui souffrent de leur propre histoire dans un contexte sécuritaire et cadrant, avec des outils adaptés à cette problématique spécifique.

La Thérapie Brève du Trauma (TBT) est un outil de psychothérapie intégratif combinant hypnose conversationnelle et thérapie brève. Il permet de soigner les troubles émotionnels tels que les psychotraumatismes grâce à certains principes directeurs qui protègent le patient en respectant sa liberté.

Le présent article vise à décrire la formation des principaux symptômes post-traumatiques dans les cas spécifiques d'abus sexuels. Leur évolution dans le cadre de sessions psychothérapeutiques en TBT est illustrée par de brefs exemples issus de cas cliniques.

Que savons-nous à propos ?

La dissociation est un concept central dans la création des symptômes post-traumatiques, spécifiquement dans les cas d'abus sexuels.

Les séquelles dissociatives affectent la mémoire, le corps, les émotions, les sensations, les pensées et les comportements des victimes.

Le traumatisme n'est pas considéré par le patient comme partie intégrante de son parcours de vie.

Que nous apporte cet article ?

L'aspect dissociatif permet de travailler avec des techniques hypnotiques.

Par le biais d'outils tels que la TBT, le patient réintègre les événements dans son parcours de vie et les troubles qui en découlent s'en trouvent modifiés.

Il est essentiel de personnaliser le traitement de chaque patient individuellement.

SÉQUELLES PHYSIQUES ET FONCTIONNELLES DES ABUS SEXUELS ... DANS LE CONTEXTE D'UN ÉTAT HYPNOTIQUE PÉRITRAUMATIQUE

Ce que l'on nomme "psychotraumatisme" peut aussi bien concerner des événements traumatiques isolés (accident, viol, tremblement de terre) que des événements plus complexes (abus sexuels et physiques à répétition, harcèlement, violence conjugale, etc.) (1). Lorsqu'à lieu un événement potentiellement traumatisant (tout événement n'étant pas, en lui-même, un trauma), la réaction du sujet à celui-ci lui confère son caractère "traumatique" pour cet individu. En effet,

d'après van der Kolk & McFarlane (2), la signification de l'expérience génère en elle-même le psychotraumatisme. Le psychisme du sujet ne parvenant à intégrer l'événement dans la continuité de sa ligne du temps personnelle, il est constamment rejoué au sein d'images, de sensations, d'états physiologiques spécifiques, de comportements et de relations. C'est comme si la victime était "bloquée dans le passé", au moment de l'événement. Au cours de ce dernier, le corps fabrique automatiquement un état hypnotique (dissocié) de figement qui peut perdurer ou se transformer en symptômes incapacitants dans la suite de la vie (3). La mémoire de l'événement n'est effectivement pas unifiée ni acceptée comme faisant partie du passé, mais se dissocie de la mémoire "normale". Avec le temps, si l'événement n'est pas réintégré et assimilé comme appartenant au passé, les sensations et émotions se mettent à vivre comme de manière indépendante (dissociée) (2).

Afin que l'événement puisse être intégré au sein de la ligne du temps personnelle du patient, le protocole "Thérapie Brève du Trauma" considère certaines étapes comme essentielles dans le traitement, en tenant compte des aspects les plus douloureux des troubles post-traumatiques:

- un questionnement cadré et sécurisant sur les traumas dont les possibles abus sexuels ;
- la restauration d'une sensation de sécurité chez le patient ;
- la protection contre la peur de revivre le trauma en séance ;
- la restauration d'une maîtrise sur des réactions biophysiques ;
- l'adoption d'une nouvelle perspective sur les événements du passé ;
- une progression lente dans les contenus traumatiques ;
- l'importance de l'action hypnotique active et adaptative pour sortir du figement traumatique ;
- l'utilisation des dissociations en tant que protections ;
- la restauration de comportements adéquats et de connections sociales sécurisantes.

La description du protocole de base de la TBT fait l'objet d'un précédent article de l'auteur (3).

ALTÉRATION DU TRAITEMENT MNÉSIQUE ET RÉINTÉGRATION DU SOUVENIR DANS LA CONTINUITÉ BIOGRAPHIQUE DU PATIENT

Schématiquement, le système limbique (notamment l'hippocampe et l'amygdale) régule la localisation des souvenirs dans les aires frontales (dédiées au fonctionnement

"normal" de la mémoire et incluant l'aire du langage) et/ou motrices et sensorielles du cerveau (dédiées à la mémoire "traumatique", incluant les aires visuelles et émotionnelles). Le premier mode de récupération des souvenirs (mémoire normale) permet à l'individu de retrouver les souvenirs sous forme d'une histoire à raconter. Dans le second mode de récupération (mémoire traumatique), un message provenant de l'amygdale bloque le fonctionnement normal de l'hippocampe, créant des flashbacks et d'autres symptômes (4,5,6) ainsi qu'une altération du processus de récupération normale des souvenirs (7). Les souvenirs intrusifs et les cauchemars peuvent donc être considérés comme fonctionnels en ce qu'ils tentent de modifier les émotions associées afin de tolérer le contenu mnésique (8) et de l'intégrer dans l'ensemble des souvenirs de la personne.

Les processus mnésiques sont a fortiori perturbés dans les cas d'abus sexuel précoces (9) et concernent souvent des amnésies sévères, la sévérité de celles-ci semblant liée à la violence (10) et à la durée des abus (11). Cet aspect souligne la fonctionnalité des phénomènes dissociatifs (dont l'amnésie) face aux événements traumatiques, celle-ci permettant un fonctionnement relativement adaptatif durant l'événement (10).

Lors de l'anamnèse, le praticien en TBT va tenter de décrypter le langage verbal et corporel du patient lorsqu'il évoque les événements potentiellement traumatiques. *Par exemple, le patient a-t-il le regard fuyant, comme "attiré par sa mémoire", raconte-t-il l'événement "comme dans un film, comme s'il était arrivé à quelqu'un d'autre", son corps est-il figé ou subit-il un état émotionnel difficilement tolérable ? Ou au contraire raconte-t-il ce qu'il lui est arrivé dans la suite logique de son histoire, sur le même ton et sans débordement affectif ?* Ce qui marque en effet la description de l'événement non traumatique ou la sortie du trauma est précisément la capacité de verbaliser l'événement et de le caractériser comme appartenant au passé, intégré au sein de l'histoire du sujet. Dans le cadre thérapeutique, cela passe nécessairement par un traitement émotionnel puis cognitif (12) des souvenirs. Dès lors, l'amnésie étant très liée aux expériences abusives violentes, il semble utile que les cliniciens gardent à l'esprit qu'une personne peut souffrir de séquelles d'abus sexuels sans nécessairement s'en rappeler.

Un souvenir qui ressurgit à la mémoire du patient est considéré, dans notre clinique, comme un bon indice de la qualité du travail thérapeutique entamé. En effet, l'inconscient du patient se sentant protégé, les contenus amnésés (contenant souvent le plus gros de la violence émotionnelle) peuvent revenir à la surface et être travaillés en séance. *Par exemple, Véronique est en thérapie parce qu'elle souffre d'insomnies et de fatigue chronique. Ces symptômes se révèlent au fur et à mesure du travail comme résultats d'un passé traumatique complexe dans le cadre familial, et s'apaisent progressivement. À la huitième séance, elle "tombe" littéralement en hypnose sur des souvenirs traumatiques datant de sa prime enfance qu'elle avait oublié (amnésiés) depuis une cinquantaine d'années. Si l'émotion du moment est évidemment importante, Véronique peut, grâce*

aux différentes techniques employées, réintégrer ces événements douloureux dans son histoire, comme s'ils "mettaient du sens"; nous dit-elle. À la dixième séance, Véronique nous relate qu'elle a pu, pour la première fois, expliquer son parcours de vie à son mari (qu'elle connaît depuis 30 ans) sans être débordée émotionnellement et avec une logique qui la surprend elle-même.

ALTÉRATION DU TRAITEMENT DE L'INFORMATION ET (DÉ-)CONDITIONNEMENT

Le trauma est intimement lié à la dissociation et aux somatisations (13,14), phénomènes qui signent une difficulté de traitement de l'information chez le patient. Des émotions fortes et des réexpérimentations somato-sensorielles apparaissent surtout lorsque la victime est confrontée à des indices (informations neutres au départ) rappelant le contexte ou l'événement traumatique en lui-même (15). Les victimes continuent d'y répondre comme si la menace était encore présente, soit par une hyperréactivité (hypervigilance, troubles de l'attention, anxiété, troubles du sommeil, cauchemars, flashbacks, colère et peur, perceptions somatiques, etc.), soit par un état de figement (16). Par exemple, un psychotrauma (réel ou rappelé durant une psychothérapie) peut activer un autre souvenir traumatique avec tous ses aspects perceptuels. Parfois, des interférences apparaissent également quand le sujet est confronté à des indices rappelant l'événement dans sa vie de tous les jours, menant à des perceptions biaisées de sa réalité et à des comportements orientés par le psychotrauma (4, 7, 17), comme évoqué dans le paragraphe suivant.

Les victimes de traumatismes sexuels montrent des résultats significativement plus élevés sur l'échelle des expériences dissociatives (DES), une fréquence plus élevée de cauchemars et des cauchemars plus anxiogènes que la population normale. Les meilleurs prédicteurs de la dissociation seraient la perte familiale dans l'enfance et les abus sexuels extra- et intrafamiliaux (18).

La plupart du temps, lorsque nous souffrons, nous essayons de nous focaliser sur autre chose, de "ne pas y penser"... ce qui, paradoxalement, ne nous fait qu'y penser encore plus (la tentative de solution n'aboutissant qu'à un surplus de douleur, le corps réclamant que l'on s'occupe de la gêne). Dans le protocole TBT, nous proposons au patient de se focaliser sur sa douleur afin de pouvoir la "visiter" et découvrir ses racines émotionnelles éventuelles. Dans ce cas, même si la douleur augmente, le patient est pris dans un double lien thérapeutique: il réalise qu'il peut avoir le contrôle sur cette douleur auparavant incontrôlable (19). Par exemple, Anita souffre de migraines importantes depuis plusieurs années. Elle nous téléphone avant le rendez-vous, au beau milieu d'une crise migraineuse, en s'excusant de ne pouvoir s'y rendre. Nous lui proposons de maintenir le rendez-vous et de profiter de cette dissociation autonome (psychosomatique) pour travailler en TBT. Anita "explore sa migraine" durant la séance hypnotique et nous lui proposons de sentir l'émotion associée à (cachée par) sa migraine... de la tristesse

et de la peur, nous dit-elle. Remontant le "fil rouge émotionnel" de la tristesse et de la peur, Anita se rend compte qu'elle a ces maux de tête depuis le décès de son père, seule personne qui l'a autrefois protégée d'un ex-mari abusif et abuseur. En hypnose, Anita parvient à "retrouver son père", à lui parler, et à remettre l'ex-mari à sa place (dans son imaginaire). La migraine disparaît suite à cette séance. Le symptôme n'est pas revenu jusqu'à la fin de la psychothérapie.

Le sujet traumatisé se dissocie au départ (par le biais d'une dépersonnalisation, d'anesthésies émotionnelles et physiques, etc.) pour se protéger d'une angoisse de mort accompagnant l'événement traumatique (4), ces dissociations se transforment ensuite en symptômes invalidants dans la vie post-traumatique (20). Dès lors, il est proposé qu'au sein même de la thérapie, ces dissociations soient redéveloppées pour protéger le patient du retour du trauma, permettant qu'elles deviennent disponibles au besoin et non déclenchées involontairement (21). Par exemple, Gabrielle a subi des viols à répétition dans son enfance et son adolescence, par son grand-père d'une part, par une bande de jeunes de son quartier ensuite. Elle est arrivée en consultation très dissociée... et une thérapie censée être brève a duré deux années. Au cours des séances, en hypnose, Gabrielle peut se voir à nouveau "comme au-dessus d'elle-même"; elle se voit également petite, elle réussit à recréer une anesthésie corporelle des sensations vécues alors, à laisser certaines parties de trauma amnésiques lorsqu'il est trop tôt pour y travailler... Cette patiente a donc réussi à réutiliser en thérapie les phénomènes de dissociation connus et développés par son propre corps pour la protéger lors du trauma. Ces protections réutilisées permettent paradoxalement une réassociation possible alors que les événements traumatiques s'intègrent de plus en plus dans son histoire personnelle.

Les souvenirs traumatiques intrusifs (flashbacks, cauchemars, etc.) sont en réalité de brefs fragments sensoriels de l'expérience traumatique (22), dans les cinq modalités sensorielles. Durant les sessions de TBT, le clinicien et le patient vont, ensemble, transformer les images, sensations, sons, odeurs, goûts, sensations kinesthésiques et proprioceptives issues des réexpérimentations traumatiques. Le cadre de référence de ces transformations sera toujours la vision du monde du patient et ses centres d'intérêt actuels et passés. Par exemple, le violeur sera transformé en polichinelle, la chambre sera transformée en chambre de maison de poupée, les murs repeints, l'odeur de sperme transformée en odeur de chocolat... Les inductions et suggestions personnalisées en hypnose étant toujours bien plus acceptées par le patient que des analogies rhétoriques (23).

ALTÉRATIONS ÉMOTIONNELLES ET COGNITIVES ET (DÉ-)CULPABILISATION

Les patients souffrant d'un psychotraumatisme souffrent également de troubles de l'humeur et du caractère (24), d'alexithymie (25), et de culpabilité (26). La honte est également fréquemment associée aux troubles post-traumatiques (26).

Les cognitions négatives sur soi sont spécifiquement présentes lorsqu'il s'agit d'un trauma sexuel (27), notamment la honte et l'auto-accusation qui seraient plus importantes lorsqu'il y a eu une revictimisation chez le patient (28).

Au sein des sessions de TBT, le patient identifie et modifie l'aspect émotionnel associé aux événements. Le thérapeute questionne finement le ressenti corporel et émotionnel du patient afin de reconnaître et de normaliser des émotions ressenties et leur nature humaine, et lui propose de passer par l'action pour sortir de la position passive face au trauma. *Par exemple, Sarah exprime une douleur vive dans la poitrine lorsque l'on aborde en hypnose la désensibilisation d'événements traumatiques pour elle. Elle l'exprime comme étant de la tristesse (face à une visualisation d'elle-même enfant, à l'âge auquel elle a été abusée). Le praticien lui propose alors de "ne pas faire comme si cette tristesse n'était pas là" (reconnaissance), ratifie simplement que c'est effectivement bien triste de voir cet enfant dans de telles circonstances (normalisation), et lui demande ce qu'elle souhaite faire ou dire pour cette petite fille. Sarah désire la prendre dans ses bras et la consoler (sortie du figement traumatique par l'action), ce qu'elle fait dans son imaginaire avant d'inspirer et d'expirer de manière très sonore, ce qui, dit-elle, ressemble intérieurement à du soulagement...*

Une étape primordiale dans le processus de traitement est la vérification du changement cognitif face au trauma en fin de thérapie. *Par exemple, après avoir désensibilisé une série d'abus sexuels perpétrés par le grand-père de Marie, le praticien demande à celle-ci, pendant qu'elle visualise la petite fille qu'elle a été alors, si elle est responsable de ce qu'il lui est arrivé, si, comme elle le pense, elle aurait pu y échapper et refuser... Il n'est pas rare que le patient éprouve alors pour la première fois une sensation de soulagement intense liée à la réalisation de non-culpabilité dans l'événement douloureux.*

ALTÉRATIONS COMPORTEMENTALES ET RESTAURATION D'ATTITUDES FONCTIONNELLES

Dans la suite des dysfonctionnements identifiés plus haut, les patients traumatisés ont également des problèmes attentionnels et évitent les *stimuli* neutres associés d'après eux à l'expérience traumatique. Leurs mécanismes de défense sont en outre altérés, l'image de soi et du monde ayant changé comme si "rien ne pouvait plus être comme avant". Cette myriade de symptômes les empêche de réagir de manière fonctionnelle dans le quotidien (29,30).

Une étude de Filipas et Ullman (28) sur un échantillon de 577 collégiennes révèle par exemple que les individus qui ont été abusés sexuellement ont plus de symptômes post-traumatiques, abusent davantage de drogues et d'alcool, ont plus de passage à l'acte sexuel, restent plutôt en retrait des autres et recherchent davantage d'assistance psychologique. En outre, ils sont aux prises avec des réexpositions compulsives qui concernent le fait d'agresser l'entourage, de s'automutiler ou d'être revictimisé (31) et de souffrir d'impuissance acquise (menant à des comportements de

soumission et à une propension aux relations abusives) (32).

Une étude de Saxe et ses collègues (33) rapporte que 15 % des patients psychiatrisés auraient une histoire de vie traumatique.

Suite aux modifications émotionnelles et cognitives explicitées plus haut, il est étonnant de voir à quel point, naturellement souvent, les comportements et stratégies cognitives dysfonctionnelles peuvent être abandonnés par les patients. Souvent, le fait d'avoir modifié/terminé le *pattern* d'actions initié durant le trauma (et bloqué par le figement péritraumatique) (34) lors des sessions thérapeutiques permet de modifier les comportements inadéquats dans la vie quotidienne. *Par exemple, Johanna, 17 ans, a été agressée physiquement dans le métro il y a quelques semaines. Depuis lors, elle est "imbuvable à la maison, elle en veut à tout le monde et pique de grosses crises de colère", nous dit sa maman. Après la troisième séance, Johanna a pu "casser la figure" à son agresseur et lui dire tout le "bien" qu'elle en pensait en état hypnotique. Sa maman nous téléphone après quelques jours: partant en vacances, elles n'ont pas l'occasion de venir à la prochaine séance. La maman nous rappellera... au besoin, car, dit-elle, elle a enfin retrouvé sa fille, adolescente donc tumultueuse, mais dont les colères ne sont plus excessives en regard des situations vécues.*

CONCLUSIONS

La nature dissociative des réactions corporelles et psychiques lors de l'événement traumatique, *a fortiori* dans les cas de traumas sexuels, fait de l'hypnose éricksonienne un outil de choix pour leur traitement (35). La Thérapie Brève du Trauma propose d'une part de profiter de ces dissociations pour les réutiliser en tant que protections, et d'autre part de suivre de manière individualisée le parcours hypnotique du patient afin que les modifications sensorielles, émotionnelles, cognitives et comportementales soient plus adaptées à la perspective actuelle de l'événement, délestée des aspects "émotionnellement encombrants". L'objectif est en effet que le patient puisse intégrer les abus sexuels et autres événements potentiellement traumatiques comme étant "du passé": partie intégrée de son histoire, mais aujourd'hui terminés, et ayant le moins d'impact possible sur son fonctionnement quotidien. Nous sommes intimement convaincus que le patient possède en lui-même les ressources pour ne plus souffrir de son histoire. À nous, cliniciens, de permettre au patient de les découvrir et de les utiliser à bon escient.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

À l'approche des traumatismes sexuels, il s'agit de montrer aux patients que nous connaissons les processus dissociatifs en jeu, afin de renforcer l'alliance thérapeutique par une compréhension plus fine de leur vécu.

Recadrer les symptômes comme étant les signes d'un trouble post-traumatique et les valoriser en tant que protections contre les affres du passé permet au patient de mieux comprendre son propre fonctionnement.

La TBT peut être apprise en un temps relativement court, mais nécessite une formation. Étant donné les écueils possibles avec les patients traumatisés, nous ne recommandons pas aux praticiens non formés à l'approche de tenter ce type de session suite à la simple lecture de nos articles.

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* 2003; ManMag.
2. van der Kolk BA, McFarlane AC, Van Der Hart O. *A general approach to treatment of posttraumatic stress disorder*. Onno van der Kolk, Bessel A. (Ed); McFarlane, Alexander C. (Ed); Weisaeth, Lars (Ed), (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.*, (pp. 417-440). New York, NY, US: Guilford Press, xxv, 596 pp.
3. Simon A. La thérapie brève du trauma: l'hypnose conversationnelle alliée à la thérapie stratégique pour désensibiliser les événements de vie douloureux. *Louvain Med* 2014; 133 (8): Hors-série CPSM, 58-64.
4. Brewin CR. A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behav Res Ther* 2001; 39(4), 373-393.
5. Brownback TS, Mason L. *The Brownback-Mason Protocol*. Paper presented at CHDD Dallas, TX convention, August 1996. Workshop also given for the Society for Neuronal Regulation October 27-30, 2001, in Monterey, CA.
6. Conway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev* 2000; 107(2), 261.
7. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000; 38(4), 319-345.
8. Horowitz M. *Stress response syndrome*. New-York: Basic books, 1978.
9. O'Rinn S, Lishak V, Muller RT, Classen CC. A Preliminary Examination of Perceptions of Betrayal and Its Association With Memory Disturbances Among Survivors of Childhood Sexual Abuse. 2012.
10. Briere J, Conte J. Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *J Traum Stress* 1993; 6(1), 21-31.
11. Herman JL, Schatzow E. Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychosomatic Psychol* 1987; 4(1): 1.
12. Nathanson DL. Affect and hypnosis: On paying friendly attention to disturbing thoughts. *Intl J Clin Exp Hypnosis* 2009; 57(4): 319-342.
13. Agargun MY, Kara H, Özer ÖA, Selvi Y, Kiran Ü, Kiran S. Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatr Clin Neurosci* 2003; 57(2), 139-145.
14. Van der Hart O, Nijenhuis ER, Steele K. Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex posttraumatic stress disorder. *J Traum Stress* 2005; 18(5), 413-423.
15. Rothschild B. Post-traumatic stress disorder: Identification and diagnosis. *Swiss J Soc Work* 1998; 3.
16. Pole N. The psychophysiology of posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Psychol Bulletin* 2007; 133(5), 725.
17. Ehlers A, Hackmann A, Michael T. Intrusive re-experiencing in posttraumatic stress disorder. *Memory* 2004; 12(4), 403-415.
18. Agargun MY, Kara H, Özer ÖA, Selvi Y, Kiran Ü, Kiran S. Nightmares and dissociative experiences: The key role of childhood traumatic events. *Psychiatr Clin Neurosci* 2003; 57(2), 139-145.
19. Erickson MH, Rossi EL. Autohypnotic Experiences of Milton H. Erickson. *Am J Clin Hypnosis* 1977 ; 20(1), 36-54.
20. McFarlane AC. (Ed); Weisaeth, Lars (Ed), (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.*, (pp. 417-440). New York, NY, US: Guilford Press, xxv, 596 pp.
21. Van der Kolk BA, Pelcovitz, D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A. Dissociation, affect dysregulation and somatization: the complex nature of adaptation to trauma. *Trauma Information Pages* 1996;
22. Ehlers A, Hackmann A, Steil R, Clohessy S, Wenninger K, Winter H. The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behav Res Ther* 2002; 40(9), 995-1002.
23. Erickson MH. *Deep hypnosis and its induction. Experimental hypnosis*. New York: Macmillan, 1952, 70-112.
24. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nervous Mental Dis* 1992; 180(12), 760-766.
25. Zlotnick C, Shea MT, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehens Psychiatr* 1996; 37(1), 12-16.
26. Leskela J, Dieperink M, Thuras P. Shame and post-traumatic stress disorder. *J Traum Stress* 2002; 15(3), 223-226.

RÉFÉRENCES

27. Breitenbecher KH. The relationships among self-blame, psychological distress, and sexual victimization. *J Interperson Viol* 2006 ; 21(5), 597-611.
28. Filipas HH, Ullman SE. Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization. *J Interperson Viol* 2006 ; 21(5), 652-672.
29. Epstein S. Impulse control and self-destructive behavior. Self-regulatory behavior and risk-taking: Causes and consequences 1991; 273-284.
30. Foa EB, Ehlers A, Clark DM, Tolin DF, Orsillo SM. The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychol Assess* 1999; 11(3): 303.
31. Dyer KF, Dorahy MJ, Hamilton G, Corry M, Shannon, M, MacSherry A, McElhill B. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *J Clin Psychol* 2009; 65(10): 1099-1114.
32. Bargai N, Ben-Shakhar G, Shalev AY. Posttraumatic stress disorder and depression in battered women: The mediating role of learned helplessness. *J Fam Viol* 2007; 22(5), 267-275.
33. Saxe GN, Van der Kolk BA, Berkowitz R, Chinman G, Hall K, Lieberg G, Schwartz J. Dissociative disorders in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatr* 1993; 150, 1037-1037.
34. Levine P. *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books. 1997.
35. Smaga, D. *L'hypnose dans le traitement des états de stress aigu et dans les états de stress post-traumatique*. M. De Clercq & F. Lebigot, Les traumatismes psychiques, 2001, 281-286.

Correspondance

Mme AMÉLIE SIMON

Psychologue, thérapeute en thérapie brève et hypnose
Doctorante à l'Université Catholique de Louvain
Fondatrice de l'école de Thérapie Brève du Trauma
amelie.simon.psychologue@gmail.com

LA PRISE EN CHARGE KINÉSITHÉRAPIQUE DES PATIENT(E)S VICTIMES D'ABUS SEXUELS

M. Hermant

Kinesitherapeutic management of sexual abuse victims

A history of sexual abuse may have multiple impacts on the pelvi-perineal region, notably a higher prevalence of pelvi-perineal and sexual dysfunctions as compared to the control group.

This research sought to highlight the role of pelvi-perineal kinesitherapy and to define its indications and limitations, while outlining the particularity of the pathologies and their context, along with the specific skills and competence required for the therapists.

What is already known about the topic?

- A history of sexual abuse may be associated with deleterious consequences on the perineal area, the more so if it is associated with psychological repercussions.
- Identifying sexual abuse cases proves difficult.
- A biopsychosocial approach and interdisciplinary team work should be privileged.
- Time and quality of communication during reeducation sessions provide opportunities for the victim to open up.

What does this article bring up for us?

- There is a high prevalence of pelvic floor disorders and sexual dysfunctions among sexual abuse victims.
- Technical expertise is relevant but does not suffice; abilities to listen and to share prove essential.
- The therapeutic approach must be adapted to the victim's known or apprehended antecedents.

KEY WORDS

Sexual abuse, pelvic floor dysfunction, sexual dysfunction-pelvi, perineal re-education

Les antécédents d'abus sexuels peuvent avoir de nombreuses conséquences sur la sphère pelvi-périnéale, avec en particulier une prévalence de dysfonctions du plancher pelvien et sexuelles significativement supérieure par rapport à un groupe contrôle.

L'objectif de ce travail est de faire le point sur la place de la kinésithérapie pelvi-périnéologique, et d'en définir les indications ainsi que les limites, tout en rappelant la particularité des pathologies, du contexte, et la compétence spécifique dont doivent faire preuve les thérapeutes.

Que savons-nous à ce propos ?

- Les antécédents d'abus sexuels ont des conséquences sur la sphère périnéale, d'autant plus si des répercussions psychologiques y sont associées.
- La recherche d'un abus est difficile.
- Il faut privilégier l'approche biopsychosociale et le travail interdisciplinaire.
- Le temps et la qualité des échanges pendant les séances de rééducation offre la possibilité de se confier.

Que nous apporte cet article ?

- Il existe une prévalence importante de dysfonctions du plancher pelvien et de dysfonctions sexuelles chez les personnes abusées.
- L'expertise technique est nécessaire mais elle ne suffit pas. Des capacités d'écoute et d'accompagnement sont en plus essentielles.
- L'approche thérapeutique doit être adaptée aux antécédents d'abus ou à leur éventualité.

Les dysfonctions du plancher pelvien et les antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance sont couramment associés (1), avec une prédominance pour les douleurs pelviennes chroniques (2). La prévalence d'abus sexuels chez les femmes consultant pour douleurs pelviennes chroniques serait de 48 à 56%, d'autant plus si un syndrome de stress post traumatique (SSPT) est associé (3).

Postma *et al.* (4) ont mis en évidence chez des victimes adolescentes de viol une prévalence 2,7 fois supérieure de dysfonctions du plancher pelvien, et 2,4 fois supérieure de dysfonctions sexuelles par rapport à un groupe contrôle de personnes non-abusées. Les répercussions psychologiques (anxiété, SSPT)

consécutives aux abus sexuels peuvent favoriser le développement d'une hypertonie du plancher pelvien suite à une réaction de défense du corps, qui participerait ensuite au développement de symptôme d'obstruction urétrale (1,5), de constipation terminale (1,6), de troubles sexuels (1,4) et/ou de douleurs (4,7,8).

L'association de plusieurs de ces symptômes est plus évocatrice d'abus sexuel (1,9), d'autant plus si les trois régions du périnée présentent un symptôme (2).

D'autres facteurs de comorbidité peuvent être retrouvés sur le plan physique et psychologique.

1. Sur le plan physique

La fibromyalgie (7), le syndrome d'intestin irritable (1), la migraine, les douleurs dorsales et myofasciales, l'obésité, des troubles somatiques, les infections urinaires (6), la cystite interstitielle (3), les douleurs lombaires, une réduction de l'activité physique (1,6,3).

2. Sur le plan psychologique

La dépression, l'anxiété, un trouble de dissociation de la personnalité, une personnalité *borderline*, un SSPT, la fatigue chronique, des troubles du sommeil, une sous-estime de soi, des difficultés de relations interpersonnelles (6).

Dans leur étude Postma *et al.* ont retrouvé une prédominance de vulvodynie provoquée, de stress généralisé, de symptômes du bas appareil urinaire et de syndrome d'intestin irritable par rapport au groupe témoin (4).

La survenue de phénomène de somatisation est majorée par la gravité de l'abus (pénétration, violence physique), sa précocité (avant 15 ans), la répétition, le lien avec l'agresseur (inceste), la dépression qui s'en suit, le développement d'un syndrome de stress post traumatique (1,7).

Les abus sexuels et les troubles qui leurs sont associés ne sont pas des générateurs de symptômes mais plutôt des amplificateurs qui exercent une influence les uns sur les autres (3,8).

Il faut savoir que toutes les personnes ayant eues des antécédents d'abus sexuels ne développeront pas de symptomatologie.

FAUT-IL ÉVOQUER LORS DE LA CONSULTATION DE LA POSSIBILITÉ D'UN ABUS SEXUEL ?

Certains auteurs estiment que lors de dysfonctionnements compliqués du plancher pelvien, la réussite de la prise en charge restera compromise tant que l'abus n'aura pas été exposé au traitement. Les traitements seront centrés sur le(s) symptôme(s) et non sur la cause principale et seront par conséquent inefficaces (1,6).

Dans le cadre d'une prise en charge globale, il sera donc important de rechercher cette cause éventuelle.

Sur le plan pratique c'est délicat tant cela dépend de différentes variables propres à chaque patient. On doit en effet tenir compte du motif de prise en charge, du discernement du patient face à ces troubles, de la causalité qu'il leur donnera, de sa personnalité (anxieuse,...), et parfois même, de décrypter la demande exacte du (de la) patient(e).

Il faut également être conscient qu'une révélation peut être libératrice. Mais elle peut aussi être source de résurgence de souvenirs (9) et mettre la personne dans un état d'anxiété et de détresse. Il faut tenir compte que lors d'une prise en charge psychologique, le travail est parfois long et difficile avant que le patient puisse exprimer ce qui lui est arrivé (10).

Le thérapeute doit donc être à même de déterminer le moment propice pour « ouvrir la porte » à ce type de discussion et de révélations, mais aussi doit être capable de gérer ce genre de confidences.

Ce qu'il faut retenir c'est que dans l'éventualité où des antécédents traumatiques de cet ordre sont suspectés, il faut faire preuve d'un grand discernement envers le patient. Lorsque nous suspectons un abus mais que sa révélation ne semble pas évidente, nous devons faire comme si cette notion était une certitude (9) et adapter le traitement à cette éventualité et être à l'écoute du patient.

Au fur et à mesure des séances, la mise en lien entre les manifestations physiques et les facteurs psychologiques pourra faire évoluer les perceptions du patient par rapport à ces troubles et donner l'occasion d'une révélation (9). Dans ce cas, le thérapeute devra réagir de façon prudente (11) et proposera une approche psychologique en complément du traitement.

RÉÉDUCATION PELVI-PÉRINÉALE

La pathologie choisie pour illustrer la prise en charge rééducative d'une personne avec des antécédents sexuels, est celui d'une vulvodynie provoquée.

1. Préalable au traitement

- Des adaptations sont nécessaires lorsque des antécédents d'abus sont connus.
- Le traitement doit avant tout prendre en compte la plainte présente de la patiente (3,7).
- Encourager la collaboration et la participation active (6).
- Favoriser un rapport positif avec la patiente ainsi qu'une bonne relation thérapeutique (11) en se montrant disponible et à l'écoute.

- Établir un contrat de traitement définissant des objectifs réalistes, non-miraculeux (3).
- Être en mesure de comprendre et de répondre de façon appropriée aux signaux d'alarmes et au phénomène de dissociation (11).
- Être capable d'entendre et de reconnaître la révélation, et pouvoir y répondre de façon adaptée (11).

2. Anamnèse et examen fonctionnel

Le temps consacré au recueil des informations générales doit être suffisamment long pour permettre également à la patiente d'exprimer ces symptômes et son ressenti. Dans le cadre de douleur chronique telle que la vulvodynie, il est important de se montrer à l'écoute de la patiente qui souvent à un lourd parcours médical par rapport à ces symptômes et la crainte qu'on ne la comprenne pas. L'attitude du thérapeute et certains mots choisis doivent lui faire comprendre qu'elle sera entendue et qu'elle pourra aborder des sujets plus intimes.

L'anamnèse

L'anamnèse concerne les données classiques telles que la profession, les activités (sport,...), les antécédents traumatiques, chirurgicaux et émotionnels (deuils, stress,...), les traitements en cours (médicamenteux, psychologique, sexothérapeutique,...).

L'investigation de la douleur est rigoureuse: la localisation (généralisée ou localisée), la patiente pouvant l'indiquer du doigt ou la dessiner, le type (irritante, lancinante,...), le mode de présentation (spontané, provoqué ou mixte), l'évolution, les facteurs aggravant (vêtements serrés, station assise,...). L'évaluation de l'impact sur la qualité de vie et sur la sexualité peut se faire à l'aide d'échelle visuelle et/ou de questionnaires (12). Sont également recherchés les symptômes urologiques, digestifs, gynécologiques et/ou douloureux associés, ainsi que d'autres pathologies fréquemment retrouvées avec une vulvodynie : une fibromyalgie, un syndrome du côlon irritable et/ou une cystite interstitielle (13).

Lors de révélation d'abus sexuels, le déroulement de l'examen fonctionnel et le traitement devront prendre en considération la nature de l'abus et ses conséquences traumatiques, et le cas échéant être adaptés (14).

L'examen clinique

► Examen général

Un examen des régions en relation avec le périnée est fait avec attention pour évaluer la présence de troubles musculo-squelettiques notamment au niveau de la colonne vertébrale, de la paroi abdominale, du diaphragme abdominale, du bassin, des articulations coxo-fémorales et des sacro-iliaques. Ces troubles peuvent générer ou influencer une

vulvodynie. Par exemple, un conflit de la charnière thoraco-lombaire peut participer aux douleurs inguinales, urétrales ou vulvaires ; et une hyperlordose peut favoriser le risque de conflit avec le nerf pudendal (15). La prise en charge des troubles musculo-squelettiques, à distance de la zone vulvaire, permet également d'aborder la patiente à distance et de l'habituer au contact du thérapeute.

► Examen du plancher pelvien

On relève les observations faites sur le périnée (aspect général, coloration, trophicité,...) et la sensibilité des dermatomes du périnée et en particulier de l'ensemble de la vulve (test du coton tige, insertion tampon). Les réflexes bulbo-caverneux et anal sont testés. On évalue la présence de points gâchettes par palpation externe et interne.

Lors du toucher vaginale, on teste : la perception du plancher pelvien, le tonus de base des différents faisceaux musculaires plan par plan, le contrôle de la contraction volontaire, la force et la qualité du relâchement. Les tests de mobilité fonctionnelle actifs et de mobilisation passive (vasalva) sont investigués.

Le toucher ano rectale permet d'évaluer le tonus, la contraction et le relâchement du sphincter anal et du pubo-rectal. On évalue la mobilité et l'indolence de la mobilisation du coccyx, la palpation du canal d'Alcock. Cet examen clinique est réalisé avec le consentement éclairé de la patiente et par la possibilité de réaliser un toucher. En fonction du contexte défini par notre anamnèse, cet examen ne peut être pratiqué qu'à la deuxième séance voir après.

Le traitement

Les objectifs sont de développer la prise de conscience et le contrôle du périnée pour restaurer la fonction, améliorer la mobilité, soulager la douleur, vaincre l'anxiété lié à la peur de la pénétration et améliorer la capacité physiologique des rapports sexuels. Pour cela il existe différentes techniques:

► Les techniques manuelles

1. Le traitement à distance du périnée

La prise en charge s'oriente d'abord sur le traitement de la région abdomino-lombo-pelvi-fémorale à distance de la zone douloureuse concernée. Les techniques musculaires couramment utilisées sont : relâchement des points gâchettes, relâchements myofascial, technique du « contracter-relâcher », mobilisation viscérale, neurale (13,16) et articulaire. Cette approche à distance permet de traiter les régions voisines du périnée impliquées dans son bon fonctionnement, et d'aborder le schéma corporel de la patiente qui est fréquemment perturbé (8).

2. Le traitement du périnée

L'abord du périnée permet d'agir sur la sensibilité de la vulve. Il faut être attentif à mettre en lien les sensations

ressenties par la patiente et les manœuvres réalisées. La patiente ne sait en général pas dire précisément où elle a mal par méconnaissance et manque d'investigation de cette zone anatomique. Cela peut être l'occasion d'utiliser un miroir pour qu'elle visualise directement.

La prise en charge de la détente périnéale par ces techniques manuelles permet de diminuer les tensions musculaires et les phénomènes douloureux afin de limiter l'aggravation du symptôme et ses conséquences sur la fonction sexuelle (16). Les techniques seront exo- et endo-vaginales en fonction des possibilités acceptées par la patiente. Lors de ces techniques, il faut veiller à limiter l'aspect douloureux et renforcer les réactions positives de la patiente. Il est important de toujours surveiller les réactions émotionnelles de la patiente durant le traitement. Si la patiente pleure avant ou pendant le traitement, si elle a des réactions de sursaut lors du contact avec le thérapeute ou bien si elle semble déconnectée (dissociation) pendant le traitement ; il sera important de questionner la patiente sur ce qu'elle ressent et éventuellement interrompre la séance (17).

BIOFEEDBACK

L'objectif du biofeedback est d'améliorer par une information visuelle l'activité musculaire du plancher pelvien et de permettre au patient de sentir la contraction et/ou le relâchement. Dans le traitement des vulvodynies, la prise de conscience de la détente du périnée (biofeedback négatif) est favorisée. Pour cela nous prenons les valeurs de tonus de repos comme référence (18). Les capteurs utilisés peuvent être externes en cas de crainte d'une sonde endo-cavitaire. Une avancée dans le traitement sera éventuellement de pouvoir insérer une sonde vaginale.

Cette technique est apparentée à une technique comportementale. Au départ le biofeedback est une réponse somatique à une plainte somatique et au fil des séances le désir de psychothérapie peut émerger (19) par la mise en lien avec un conflit psychologique sous jacent.

L'ÉLECTROTHÉRAPIE

L'utilisation du TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*) ou de la stimulation endo-cavitaire via une sonde intravaginale ou intrarectale, permet de diminuer la douleur. Le choix se fait en fonction du but recherché et des possibilités d'utilisation (13).

TECHNIQUES COMPORTEMENTALES

Il est important de renseigner la patiente sur son problème, lui donner les moyens de le comprendre en l'abordant de façon adaptée et de l'informer sur les liens avec ses antécédents d'abus sexuel. Pour cela l'utilisation de schémas simplifiés, de planches d'anatomie accessibles aux patients

sont efficaces. Les mécanismes du cercle vicieux de la douleur chronique et les facteurs multifactoriels qui contribuent à son maintien sont expliqués. Particulièrement les rôles joués par le plancher pelvien et l'anxiété sur l'amplification de la douleur et sur les troubles sexuels. Des recommandations pratiques sont expliquées pour gérer cette douleur (20).

L'apprentissage de techniques de relaxation (sophrologie) et de respirations adaptées permet d'agir directement sur la tension musculaire. La patiente est encouragée à les refaire quotidiennement.

L'utilisation de dilateurs vaginaux de taille variable permet d'agir sur la sensibilisation vulvaire à la pénétration en améliorant la souplesse des tissus. En commençant par un dilateur de petit diamètre, la patiente apprend à relâcher son plancher pelvien et à l'insérer sans douleur, et progressivement sans crainte. Cette technique est apprise avec le kinésithérapeute pour être pratiquée par la patiente à la maison afin de maintenir le gain. Cette technique donne le contrôle à la patiente et permet de préparer à la pénétration sexuelle (21). Les positions sexuelles favorables à la pénétration sont abordées.

D'autres techniques de rééducation dites globales et posturales sont utilisées pour favoriser la coordination et les co-activations du périnée avec les autres groupes musculaires et pour équilibrer la statique générale de la patiente (16, 22).

La prise en charge d'autres troubles pelvi-périnéaux associés à la vulvodynie ne doit pas être oublié, ainsi que d'autres syndrome douloureux tel qu'une fibromyalgie ou un syndrome du côlon irritable.

TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE

Le traitement de la vulvodynie nécessite idéalement une prise en charge interdisciplinaire pour agir sur tous les facteurs qui influencent l'expérience de la douleur et l'impact sur la vie sexuelle. Plusieurs études ont démontré l'efficacité d'une telle démarche thérapeutique qui associe traitement médical/psychologique/sexuel et physiothérapie du plancher pelvien (1,4,20,23).

CONCLUSION

Les antécédents d'abus sexuels sont des expériences de vie traumatisantes qui peuvent favoriser le développement de troubles psychologiques et physiques. Avec le temps ces troubles participent au développement de symptômes chroniques et de comportements inadaptés. Dans ce cadre, le rôle du kinésithérapeute sera d'agir sur la symptomatologie tout en donnant les moyens à la personne de comprendre le lien entre les différents facteurs qui l'influencent.

Cela requiert une implication et une réflexion personnelles, si ce n'est une formation spécifique, afin d'adopter une attitude thérapeutique adaptée, qui allie à la fois des compétences spécifiques aux traitements de ces pathologies, et aussi relationnelles importantes.

Ce travail se fait idéalement dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire, et dans le cas contraire l'abord corporel initial pourra être le médiateur vers une prise en charge psychologique et/ou sexuelle.

RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Le traitement ne peut se faire qu'avec la participation active du(de la) patient(e).

L'interdisciplinarité doit être favorisée. Pour cela il est essentiel de connaître les fonctions des différents intervenants dans la prise en charge de victimes d'abus sexuels, et d'établir un réseau de professionnel vers lequel les patients pourront être adressés.

RÉFÉRENCES

1. Cour F, Robain G, Claudon B, Cartier-Kästler E. Abus sexuels dans l'enfance : intérêt de leur diagnostic pour la compréhension et la prise en charge des troubles sexuels, ano-rectaux et vésico-sphinctériens. *Prog Urol* 2013 ; 23, 9, 780-792.
2. Cichowski S, Dunivan G, Komesu Y, Roggers R. Sexual abuse history and pelvic floor disorders in women. *South Med J* 2013; 106 (12): 675-678.
3. Labat JJ, Riant T, Delavierre D, Sibert L, Watier A, Rigaud J. Approche globale des douleurs pelvipérinéales chroniques : du concept de douleur d'organe à celui de dysfonctionnement des systèmes de régulation de la douleur viscérale. *Prog. Urol* 2010 ; 20 (12) : 1027-1034.
4. Postma R, Bicanic J, Van Der Vaart H, Laan E. Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems adult rape victims. *J Sex Med* 2013;10;1978-1987.
5. Le fort M, Labat JJ, Rigaud J. Troubles vésico-sphinctériens et abus sexuel. *Pelv Perineol* 2006; 1 :285-289.
6. Watier A, Katz D, Tabisel R, Devroede G. Implications à long terme des abus physiques/sexuels sur la sphère pelvi-périnéale. *Acta Endoscopica* 2002; 32 (3)
7. Riant T, Labat JJ, Rigaud J. Douleurs pelvi-périnéales chroniques et antécédents d'agression(s) sexuelle(s). Quelles conséquences thérapeutiques ? *Pelv Perineol* 2006 ; 1 : 272-280.
8. Van Lunsen R, Ramakers M. Le Syndrome du plancher pelvien hyperactive. *Acta Endoscopica* 2002; 32 (3).
9. Labat JJ. L'hyperactivité latrogène. In: *Abus sexuel et syndrome d'hyperactivité vésicale*. 26-34, *Quid* 2014.
10. Audrain-Servillat B. Après un abus sexuel, quelle sexualité? *Pelv Perineol* 2006 ; 1 : 290-293.
11. Schachter C, Stalker C, Teram E. Toward sensitive practice: Issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. *Phys Ther*. 1999; 79: 248-261.
12. Moyal-Barracco M, Labat JJ. Vulvodynies et douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog. Urol* 2010.
13. Kim J, Neville E. Assessment and management options for women with vulvodynia. *J Midwifery Wom Health* 2012; 57: 231-240.
14. Faubion S, Shuster L, Bharucha A. Recognition and management of non-relaxing pelvic floor dysfunction. *Mayo clin proc* 2012; 87(2): 187-193.
15. Labat JJ, Guerineau M. Approche symptomatique des dysfonctions musculosquelettiques et douleurs pelvipérinéales chroniques. *Prog Urol* 2010 ; 20, 12, 982-989.
16. Valancogne G, Plante AF, Oudin G. Rééducation pelvi-périnéologique, techniques manuelles et douleurs pelvi-périnéales. *Pelvi-périnéol* 2009 ; 4 :147-152
17. Leroi AM. Les troubles fonctionnels ano-rectaux après abus sexuel. *Pelv Perineol* 2006 ; 1 :281-284.
18. Drossman D. Abuse, Trauma, and GI iLLness: Is there a link? *Am J Gastroenterol* 2011; 106:14-25.
19. Planté AF. Étude contrôlée : EMG de femmes ayant des troubles sexuels.
20. Devroede G. La pensée cloacale (2^e partie). *Sexologies* Vol.VI, N°25.
21. Sadownik L. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Int J Wom Health* 2014; 6:437-449.
22. Planté AF. How I do, how I would. *2nd World congress on abdominal and pelvic pain*. Nice 2015.
23. Rosenbaum T, Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction. *J Sex Med* 2008; 5:513-523.
24. Brotto L, Yong P, Smith K, Sadownik L. Impact of multidisciplinary vulvodynia program on sexual functioning and dyspareunia. *J Sex Med* 2015; 12:238-247.

Correspondance

Mme MÉLODIE HERMANT

Kinésithérapeute
Rééducation en pelvi-périnéologie
2, rue Charles SCHWALL
L-8093 BERTRANGE
melodiehermant@hotmail.com

28 x 5mg : € 99,59
84 x 5mg : € 237,07
sur prescription médicale

Traitement de la dysfonction érectile et Traitement des signes et symptômes d'HBP*

Boîtes de 28
et 84
comprimés



Cialis® 5mg
en prise quotidienne

Boîte de 84 comprimés :
3 mois de traitement
Prix plus avantageux
Moins de prescriptions

*HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

RÉSUMÉ ABREGÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT

1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Cialis 5 mg comprimés pelliculés. **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque comprimé contient 5 mg de tadalafil. Excipient(s) à effet notoire : Chaque comprimé pelliculé contient 121 mg de lactose (sous forme monohydraté). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimé pelliculé (comprimé). Les comprimés sont jaune clair en forme d'amande, avec l'inscription "C 5" sur l'une des faces. **4. DONNÉES CLINIQUES 4.1 Indications thérapeutiques** Traitement de la dysfonction érectile chez l'homme adulte. Une stimulation sexuelle est requise pour que tadalafil soit efficace dans le traitement de la dysfonction érectile. Traitement des signes et symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate chez l'homme adulte. Cialis n'est pas indiqué chez la femme. **4.2 Posologie et mode d'administration** Posologie *Dysfonction érectile chez les hommes adultes* D'une manière générale, la dose recommandée de Cialis est de 10 mg à prendre avant toute activité sexuelle prévue, pendant ou à distance des repas. Chez les patients pour lesquels une dose de 10 mg de tadalafil ne produit pas un effet suffisant, une dose de 20 mg peut être préconisée. Cialis peut être pris au moins 30 minutes avant toute activité sexuelle. La fréquence d'administration maximale est d'une prise par jour. Le tadalafil 10 mg et le tadalafil 20 mg sont indiqués en prévision d'un rapport sexuel mais ils ne sont pas recommandés pour une utilisation quotidienne prolongée. Chez les patients qui prévoient un usage fréquent de Cialis (au moins deux fois par semaine), la prise d'un comprimé par jour, avec des doses plus faibles de Cialis peut être considérée comme adéquate, la décision dépendant du choix du patient et de l'avis du médecin. Chez ces patients, la posologie recommandée est de 5 mg, en prise quotidienne, approximativement au même moment de la journée. La dose peut être réduite à 2,5 mg en prise quotidienne, en fonction de la tolérance individuelle. Le choix de la posologie quotidienne doit être réévalué périodiquement. *Hypertrophie bénigne de la prostate chez les hommes adultes* La dose recommandée est de 5 mg à prendre approximativement au même moment de la journée, avec ou sans nourriture. Chez les hommes adultes traités à la fois pour une hypertrophie bénigne de la prostate et une dysfonction érectile, la dose recommandée est également de 5 mg à prendre approximativement au même moment de la journée. Les patients qui ne tolèrent pas 5 mg de tadalafil pour traiter une hypertrophie bénigne de la prostate doivent envisager de prendre un autre traitement. En effet, l'efficacité de 2,5 mg de tadalafil dans l'hypertrophie bénigne de la prostate n'a pas été démontrée. *Populations particulières Hommes âgés* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les hommes âgés. *Hommes atteints d'insuffisance rénale* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance rénale légère à modérée. Chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère, la dose maximale recommandée est 10 mg en traitement à la demande. Une prise quotidienne de 2,5 ou 5 mg de tadalafil pour le traitement de la dysfonction érectile et de l'hypertrophie bénigne de la prostate n'est pas recommandée chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (voir rubriques 4.4 et 5.2). *Hommes atteints d'insuffisance hépatique* Pour le traitement de la dysfonction érectile en administration à la demande, la dose recommandée de Cialis est de 10 mg à prendre avant toute activité sexuelle prévue, pendant ou en dehors des repas. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère (Child-Pugh, classe C), les données cliniques de tolérance sont limitées ; de ce fait, en cas de prescription de Cialis, une évaluation individuelle attentive du rapport bénéfice/risque devra être effectuée par le médecin prescripteur. Chez les patients atteints d'insuffisance hépatique, aucune donnée n'est disponible sur l'administration de doses supérieures à 10 mg de tadalafil. La prise quotidienne de Cialis pour le traitement de la dysfonction érectile et de l'hypertrophie bénigne de la prostate n'a pas été évaluée chez les patients atteints d'insuffisance hépatique ; par conséquent, le médecin devra procéder à une évaluation individuelle attentive du rapport bénéfice/risque après la prescription (voir rubriques 4.4 et 5.2). *Hommes atteints de diabète* Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients diabétiques. *Population pédiatrique* L'utilisation de Cialis dans le traitement de la dysfonction érectile dans la population pédiatrique n'est pas justifiée. *Mode d'administration* Cialis est disponible en comprimés pelliculés dosés à 2,5, 5, 10 et 20 mg pour une utilisation par voie orale. **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. Lors des essais cliniques, il a été montré que le tadalafil potentialisait l'effet hypotenseur des dérivés nitrés. Cela résulterait des effets conjugués des dérivés nitrés et du tadalafil sur la voie monoxyle d'azote (GMPc). Cialis est donc contre-indiqué chez les patients qui reçoivent des dérivés nitrés sous n'importe quelle forme (voir rubrique 4.5). Cialis ne doit pas être utilisé chez les hommes atteints de maladie cardiaque et pour qui l'activité sexuelle est déconseillée. Les médecins doivent évaluer le risque cardiaque potentiel de l'activité sexuelle chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires. Les groupes de patients présentant les antécédents cardiovasculaires suivants n'ayant pas été inclus dans les essais cliniques, l'utilisation du tadalafil est donc contre-indiquée chez : les patients ayant présenté un infarctus du myocarde au cours des 90 derniers jours, les patients souffrant d'angor instable ou présentant des douleurs angineuses pendant les rapports sexuels, les patients ayant présenté une insuffisance cardiaque supérieure ou égale à la classe 2 de la classification NYHA (New York Heart Association) au cours des 6 derniers mois, les patients présentant des troubles du rythme non contrôlés, une hypotension artérielle (< 90/50 mm Hg) ou une hypertension artérielle non contrôlée, les patients ayant eu un accident vasculaire cérébral au cours des 6 derniers mois. Cialis est contre-indiqué chez les patients ayant une perte de la vision d'un œil due à une neuropathie optique ischémique antérieure non artérielle (NOIAN), que cet événement ait été associé ou non à une exposition antérieure à un inhibiteur de la PDE5 (voir rubrique 4.4). **4.4 Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** Avant traitement par Cialis Le recueil des antécédents médicaux et un examen clinique doivent être réalisés afin de diagnostiquer une dysfonction érectile ou une hypertrophie bénigne de la prostate et d'en déterminer les causes sous-jacentes potentielles avant d'envisager un traitement pharmacologique. Avant d'instaurer tout traitement de la dysfonction érectile, les médecins doivent prendre en compte l'état cardiovasculaire de leurs patients, l'activité sexuelle s'accompagnant d'un certain risque cardiaque. Le tadalafil est doté de propriétés vasodilatatrices, à l'origine de baisses légères et transitoires de la pression artérielle (voir rubrique 5.1) et, à ce titre, il potentialise l'effet hypotenseur des dérivés nitrés (voir rubrique 4.3). Avant d'instaurer tout traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate avec le tadalafil, les patients doivent être examinés afin d'exclure la présence d'un cancer de la prostate. Une évaluation de l'état cardiovasculaire doit être effectuée avec soin (voir rubrique 4.3). L'évaluation de la dysfonction érectile doit comporter la recherche d'éventuelles causes sous-jacentes et l'identification d'un traitement adéquat après un examen médical approprié. L'efficacité de Cialis chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale pelvienne ou une prostatectomie radicale sans préservation des bandettes nerveuses n'est pas connue. **Cardiovasculaires** Des événements cardiovasculaires graves, tels qu'un infarctus du myocarde, mort subite d'origine cardiaque, angor instable, arythmie ventriculaire, accidents ischémiques cérébraux et accidents ischémiques transitoires, douleur thoracique, palpitations et tachycardie ont été rapportés après la commercialisation et/ou lors des essais cliniques. La plupart des patients chez qui ces événements ont été observés présentaient des facteurs de risque cardiovasculaire préexistants. Cependant, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si ces événements sont directement liés à ces facteurs de risque, à l'activité sexuelle, à une association de ces facteurs, ou à d'autres facteurs. Chez les patients recevant des médicaments antihypertenseurs, l'administration concomitante de Cialis peut entraîner une baisse de la pression artérielle. Le médecin devra envisager une adaptation éventuelle de la posologie du traitement antihypertenseur, lors de l'initiation du traitement quotidien par tadalafil. Chez certains patients recevant des alpha bloquants comme la doxazosine, l'administration concomitante de Cialis peut conduire à une hypotension symptomatique (voir rubrique 4.5). L'administration simultanée de tadalafil et de doxazosine n'est donc pas recommandée. **Ophthalmologiques** Des anomalies visuelles et des cas de NOIAN (neuropathie optique ischémique antérieure non artérielle) ont été rapportés à la suite de la prise de Cialis et d'autres inhibiteurs de la PDE5. Le patient doit être averti qu'en cas d'anomalie visuelle soudaine, il doit arrêter la prise de Cialis et consulter immédiatement un médecin (voir rubrique 4.3). **Insuffisances rénale et hépatique** En raison d'une augmentation de l'exposition au tadalafil (AUC), d'une expérience clinique limitée et de l'impossibilité de modifier la clairance par une dialyse, la prise quotidienne de Cialis n'est pas recommandée chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère. Les données cliniques concernant la sécurité d'emploi de Cialis à dose unique chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère (Classe C de Child-Pugh) sont limitées. La prise quotidienne pour le traitement de la dysfonction érectile ou de l'hypertrophie bénigne de la prostate n'a pas été évaluée chez l'insuffisant hépatique. Si Cialis est prescrit, le médecin prescripteur devra procéder à une évaluation individuelle du rapport bénéfice/risque. **Priapisme et malformation anatomique du pénis** Les patients ayant des érections d'une durée de 4 heures ou plus doivent être informés d'un fait cherchant une assistance médicale immédiate. Si le priapisme n'est pas traité immédiatement, des lésions du tissu pénien et une impuissance permanente peuvent en résulter. Cialis doit être utilisé avec prudence chez les patients présentant une malformation anatomique du pénis (comme une angulation, une sclérose des corps caverneux ou la maladie de La Peyronie) ou chez les patients présentant des pathologies susceptibles de les prédisposer au priapisme (comme une drépanocytose, un myélome multiple ou une leucémie). **Utilisation avec des inhibiteurs du CYP3A4** Cialis doit être prescrit avec prudence chez les patients utilisant des inhibiteurs sélectifs du CYP3A4 (ritonavir, saquinavir, kétocazole, itraconazole et érythromycine) ; une augmentation de l'exposition (AUC) au tadalafil ayant été observée en association avec ces médicaments (voir rubrique 4.5). **Cialis et autres traitements de la dysfonction érectile** L'efficacité et la sécurité d'emploi de l'association de Cialis à d'autres inhibiteurs de la PDE5 ou à d'autres traitements de la dysfonction érectile n'ont pas été étudiées. Les patients devront être informés de ne pas

recourir à de telles associations. **Lactose** Cialis contient du lactose. Les patients présentant une intolérance héréditaire rare au galactose, une déficience en lactase de Lapp ou un syndrome de malabsorption du glucose-galactose ne doivent pas prendre ce médicament. **4.8 Effets indésirables** **Résumé du profil de sécurité** Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients prenant du Cialis pour le traitement de la dysfonction érectile ou de l'hypertrophie bénigne de la prostate sont les suivants : céphalées, dyspepsie, douleurs dorsales et myalgies dont les incidences augmentent avec l'augmentation de la dose de Cialis. Les effets indésirables rapportés étaient transitoires et, généralement d'intensité légère ou modérée. La majorité des céphalées rapportées avec Cialis en prise quotidienne surviennent dans les 10 à 30 premiers jours suivant le début du traitement. **Tableau récapitulatif des effets indésirables** Le tableau ci-dessous présente les effets indésirables observés à partir de déclarations spontanées et dans les essais cliniques contrôlés versus placebo (portant sur un total de 7 116 patients traités par Cialis et de 3 718 patients sous placebo) pour un traitement à la demande et en prise quotidienne de la dysfonction érectile et un traitement en prise quotidienne de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Convention en matière de fréquence : très fréquent (≥1/10), fréquent (≥1/100, <1/10), peu fréquent (≥1/1000, <1/100), rare (≥1/10 000, <1/1000), très rare (<1/10 000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles).

Très fréquent	Fréquent	Peu fréquent	Rare
Affections du système immunitaire			Réactions d'hypersensibilité
Affections du système nerveux			Céphalées
			Sensations vertigineuses
			Accident vasculaire cérébral ¹ (y compris événements hémorragiques), Syncope, Accidents ischémiques transitoires ² , Migraine ² , Convulsions, Amnésie transitoire
Affections oculaires			Vision trouble, Sensations décrites comme des douleurs oculaires
			Anomalie du champ visuel, Œdème des paupières, Hyperhémie conjonctivale, Neuropathie optique ischémique antérieure non-artérielle (NOIAN) ² , Occlusion vasculaire rétinienne ²
Affections de l'oreille et du labyrinthe			Acouphènes
			Perte soudaine de l'audition
Affections cardiaques ³			Tachycardie, Palpitations
			Infarctus du myocarde, Angor instable ² , Arythmie ventriculaire ²
Affections vasculaires			Bouffées vasomotrices
			Hypotension ² , Hypertension
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales			Congestion nasale
			Dyspnée, Epistaxis
Affections gastro-intestinales			Dyspepsie, Reflux gastro-œsophagien
			Douleur abdominale
Affections de la peau et du tissu sous-cutané			Rash, Hyperhidrose (transpiration excessive)
			Urticaire, Syndrome de Stevens-Johnson ² , Dermate exfoliative ²
Affections musculo-squelettiques et systémiques			Douleurs dorsales, Myalgies, Douleurs des extrémités
Affections du rein et des voies urinaires			Hématurie
Affections des organes de reproduction et du sein			Hémorragie pénienne, Hémospémie
			Erections prolongées, Priapisme ²
Troubles généraux et anomalies au site d'administration			Douleur thoracique ¹
			Œdème facial ² , Mort subite d'origine cardiaque ^{1,2}

(1) La plupart des patients présentaient des facteurs de risque cardiovasculaires préexistants (voir rubrique 4.4). (2) Des effets indésirables non observés dans les essais cliniques contrôlés versus placebo ont été rapportés lors de la surveillance après commercialisation. (3) Plus souvent rapportée chez les patients prenant du tadalafil et déjà traités par des antihypertenseurs. **Description d'effets indésirables spécifiques** Une légère augmentation de l'incidence des anomalies de l'ECG, principalement une bradycardie sinusale, a été rapportée chez les patients traités par tadalafil en prise quotidienne, par rapport au placebo. La plupart de ces anomalies de l'ECG n'ont pas été associées à des effets indésirables. **Autres populations particulières** Les données issues des essais cliniques réalisés chez des patients de plus de 65 ans traités par tadalafil pour une dysfonction érectile ou une hypertrophie bénigne de la prostate sont limitées. Dans les essais cliniques réalisés chez des patients traités par 5 mg de tadalafil en prise quotidienne pour une hypertrophie bénigne de la prostate, des sensations vertigineuses et des diarrhées ont été signalées plus fréquemment chez les patients de plus de 75 ans. **6. DONNÉES PHARMACEUTIQUES 6.1 Liste des excipients** Noyau du comprimé : lactose monohydraté, croscarmellose sodique, hydroxypropylcellulose, cellulose microcristalline, laurylsulfate de sodium, stéarate de magnésium. Pelliculage : lactose monohydraté, hypromellose, triacétine, dioxyde de titane (E171), oxyde de fer jaune (E172), talc. **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Eii Lilly Nederland B.V. Grootslag 1-5, NL-3991 RA, Houten Pays-Bas **8. NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/1/02/237/008, EU/1/02/237/010 **9. DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de première autorisation : 12 novembre 2002 Date de dernier renouvellement : 12 novembre 2012 **10. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :** février 2013 **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu>.

RCP Cialis 10 et 20 mg disponible sur demande au service d'informations médicales : 02 548 84 94

ELB/CLS/Aug/2015/0034