

Maltraitance à un enfant

En France, les sévices sexuels des enfants font l'objet depuis 10 ans de campagnes de sensibilisation et sont actuellement au devant de la scène médiatique à l'occasion de tragiques faits divers. La première campagne gouvernementale française sur ce sujet date en effet de 1986. Auparavant, seuls les pays anglo-saxons étudiaient et avaient une connaissance approfondie de ce problème.

À travers un aperçu historique de la reconnaissance des abus sexuels dans la psychiatrie, nous souhaitons mettre en perspective l'importance actuelle de ce problème et l'embarras qu'il suscite paradoxalement chez les professionnels. Retracer l'historique de la reconnaissance des sévices sexuels subis par les enfants nécessite l'étude simultanée de l'histoire de la reconnaissance des droits de l'enfant et de l'histoire du trauma dans la psychiatrie.

Aspects médicaux-légaux au XIX^e siècle

En 1860, Ambroise Tardieu, Professeur de médecine légale à Paris, établit la première description clinique d'enfants battus et publie en 1867, "Une étude médico-légale sur les attentats aux mœurs" de 339 cas de tentatives de viols et de viols sur des enfants de moins de 11 ans. Cet auteur observe que « les liens du sang, loin d'opposer une barrière à ces coupables entraînements, ne servent que trop souvent qu'à les favoriser : les pères abusent de leur fille, les frères de leur sœur ».

Durant la deuxième partie du siècle, une littérature abondante sur les enfants abusés est publiée en France et les premières statistiques sont recueillies : entre 1858 et 1869, 9125 personnes ont été accusées d'attentats à la pudeur sur des petites filles.

Quelques années plus tard, Bourneville écrit en 1903 un article sur les fausses accusations de la part d'enfants concernant les prétendus sévices ou abus sexuels par les adultes. En 1875 est fondée à New York la "Society for the Prevention of Cruelty to Children" qui va servir de modèle à toute une série d'associations analogues aux États-Unis et conduire à la création en Angleterre de la puissante NSPCC (Société nationale pour la prévention des actes de cruauté envers les enfants).

Début du trauma dans la psychiatrie

À la fin des années 1850, Briquet établit les premiers liens entre les symptômes de l'hystérie et les histoires de trauma dans l'enfance. Pierre Janet, effectue les premières études systématiques des relations entre le trauma et des troubles psychiatriques. Janet émet l'hypothèse selon laquelle les hystériques, quand elles vivent des événements traumatiques, sont dans l'incapacité, peut-être en raison d'une faiblesse nerveuse sous-jacente, de les représenter au sein d'une mémoire unifiée. Au contraire, elles fragmentent leurs souvenirs traumatiques et les emmagasinent, sous forme d'idées fixes auxquelles elles sont attachées, en dehors de leur conscient (dans le subconscient).

En 1895, Freud, associé à Breuer publie ses Études sur l'hystérie dans lesquelles il rapporte des cas de patients hystériques traitées par hypnose. C'est la théorie de la séduction qui attribue au souvenir de scènes réelles de séduction entre un enfant et un adulte un rôle déterminant dans l'étiopathogénie des psychonévroses.

Freud et la théorie de la séduction

Freud, après son séjour parisien dans le service de Charcot, a l'occasion de traiter par l'hypnose certaines patientes hystériques qui rapportent toutes des violences sexuelles ou une intimité très culpabilisée avec leur père ou un personnage analogue. Les patientes recouvrent des souvenirs de perversions extrêmes, avec viol anal et oral de nature incestueuse, coprophilie et urophilie.

En 1896, dans *Hérédité et étiologie des névroses*, Freud confirme sa théorie en écrivant qu' "une expérience précoce de relations sexuelles (...) résultant d'un abus sexuel commis par une autre personne (...) est la cause spécifique de l'hystérie et pas seulement un facteur déclenchant (comme Charcot le soutient)". Pour Freud, une stimulation sexuelle à un âge "pré-sexuel" est une source de trauma, de défense et de névrose précisément parce que cette stimulation survient à un moment où il y a une incapacité à l'éprouver et donc à l'assimiler, dans le sens métabolique du terme.

Le 21 septembre 1897, Freud annonce l'abandon de sa théorie dans une lettre privée à son ami et collègue Willem Fliess. Dans cette "déchirante" révision, il reconnaît que les discours de ses patientes convergent et reconstruisent tous une narration traumatique identique qui correspond justement à celle qu'il attend et qui vient conforter sa théorie. Freud pense que les patientes, afin de le séduire, lui révèle ce que sa théorie lui fait attendre, c'est-à-dire des traumatismes sexuels dans leur enfance. En 1906, il écrit qu'il « est incapable de distinguer avec certitude dans les souvenirs d'enfance des hystériques les falsifications des faits réels ».

Freud annonce son "erreur" publiquement plus tardivement, aux environs de 1905, tout en dévoilant des éléments centraux pour le développement de la psychanalyse, à savoir le complexe d'Oedipe et le rôle de la sexualité infantile. L'abandon de cette théorie est considéré comme un pas décisif dans l'importance que vont prendre les notions de fantasme inconscient, de réalité psychique et de sexualité infantile dans la théorie psychanalytique.

Le renoncement de Freud à sa première « théorie de la séduction » (terme que n'a par ailleurs jamais utilisé Freud lui-même), a donné naissance à deux principaux courants qui divisent les psychanalystes post-freudiens, notamment dans les pays anglo-saxons. Au cours des décennies suivantes, l'importance de l'inceste et du trauma est de façon variable soit reconnue, soit désavouée par les analystes de façon extrémiste selon l'adhésion à la théorie pro-enfant (en faveur de la *neurotica* initiale) ou pro-adulte (en faveur de la théorie révisée).

L'abandon par Freud de sa première théorie est actuellement très critiquée, essentiellement par les anti-psychanalystes. Ceux-ci soutiennent que l'erreur de Freud et de ses successeurs fut justement de renoncer au rôle central et majeur de l'inceste réalisé.

Il faut signaler que Freud lui-même n'a attribué un rôle causal aux fantasmes de séduction que dans le champ strict et exclusif des névroses et n'a jamais prétendu expliquer ainsi d'autres troubles psychiques. D'autre part, si Freud a estimé qu'il fallait se méfier des "aveux" des patientes hystériques sous hypnose, il n'a jamais nié leur possible existence et leur valeur traumatique, et ceci dans tous ses écrits jusqu'à son oeuvre "testamentaire", l'*Abrégé*.

Ferenczi et "la confusion des langues"

En 1933, Sandor Ferenczi avec son article *Confusion des langues entre les adultes et l'enfant*, le langage de la passion et de la tendresse redonne de l'importance à la théorie de la séduction et attribue un rôle crucial au traumatisme avéré dans le développement de la personnalité de l'enfant. Ferenczi dénonce la résistance des professionnels à observer les faits et leur respect obstiné et aveugle de la théorie. Il annonce une « nécessaire régression dans la technique, et en partie aussi, dans la théorie des névroses ». Dans sa communication originale de 1932 intitulée *Les passions des adultes et leur influence sur le développement sexuel et caractériel des enfants*, Ferenczi insiste sur "l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène" et adresse une critique directe à Freud : il reproche vigoureusement « l'hypocrisie professionnelle » de l'analyste qui répète l'hypocrisie professionnelle des éducateurs, c'est à dire des parents et des autres adultes dans l'entourage de l'enfant. À partir du modèle de séduction incestueuse entre l'enfant et l'adulte, Ferenczi décrit le mécanisme adaptatif principal du psychisme de l'enfant, c'est à dire « l'identification à l'agresseur par mécanisme d'introjection ». Il décrit ensuite les conséquences de cette adaptation, à savoir les problèmes dans la vie sexuelle et les problèmes de développement de la personnalité. Sur ce dernier point, l'auteur explique le risque, "si les chocs se succèdent au cours du développement", de multiplication de "fragments de personnalité clivés qui se "comportent tous comme des personnalités distinctes".

De 1945 à nos jours : le phénomène de société. L'état de stress post-traumatique

Après la deuxième guerre mondiale, de nombreux psychiatres nord-américains reprennent les travaux d' Abram Kardiner effectués après la première guerre mondiale pour prendre en charge les anciens combattants. Pour la première fois depuis 40 ans, ils réintroduisent l'hypnose et la narcoanalyse pour aider leurs patients à se "souvenir" et à ainsi abrégier le trauma.

À partir des années 50, l'hypnose clinique connaît une renaissance et un essor spectaculaires en partie grâce à la notoriété grandissante de Milton Erickson. Les hypnothérapeutes de l'école Ericksonienne soulignent alors les avantages thérapeutiques de l'hypnose qui permet de minimiser la douleur psychique accompagnant normalement le souvenir d'événements traumatiques oubliés. Des études, menées auprès de plus de 700 vétérans de la guerre du Vietnam, aboutissent à une classification descriptive des troubles. À la fin des années 70, des travaux américains établissent des liens entre les traumas de la guerre et les traumas de la vie civile. En 1980, l'état de stress post-traumatique (PTSD) est inclus dans le DSM-III.

Le trouble de personnalité multiple

En 1954, un cas de "personnalité multiple" est publié dans le *Journal of Abnormal and Social Psychology*. À partir de cette publication considérée comme exceptionnelle, un film est réalisé, *The three faces of Eve*, dans lequel il est suggéré que les personnalités alternantes sont des réactions à des traumas subis dans l'enfance. À la suite de ce film qui remporte un vif succès, de multiples patientes s'auto-diagnostiquent et s'adressent à des thérapeutes.

Dans les vingt années qui suivent, les patientes souffrant du trouble de personnalité multiple (TPM) bénéficient de l'évolution concomitante des techniques de psychothérapie (avec la réintroduction

récente de l'hypnose). Ces patientes expriment alors des personnalités alternantes qui recouvrent des souvenirs traumatiques de plus en plus focalisés sur les mauvais traitements subis pendant l'enfance. En 1973, un livre et un téléfilm (Sybil) au succès retentissant apportent au grand public la "preuve" de la relation entre la gravité des sévices subis pendant l'enfance et le développement de personnalités alternantes. Plus de cas de TPM sont diagnostiqués pendant la décennie 70 que pendant toute l'histoire de la psychiatrie.

En 1980, de manière parallèle à l'état de stress post-traumatique et sans connexion apparente, le trouble de la personnalité multiple fait son entrée dans le DSM-III en même temps qu'est démantelé le diagnostic d'hystérie qui souffre d'un manque de précision diagnostique et aussi d'un préjugé apparemment phallocrate. Le TPM est alors une entité diagnostique distincte cataloguée dans les troubles dissociatifs. Pendant les années 1980, chercheurs et cliniciens élaborent des tests et des entretiens cliniques structurés pour dépister les troubles dissociatifs. Ces entretiens structurés comportent des questions qui explorent très directement les antécédents de sévices sexuels, physiques et émotionnels pendant l'enfance.

Les cas de personnalité multiple sont activement dépistés et sont recherchés systématiquement devant une dépression chronique atypique, une boulimie ou des tentatives de suicide à répétition. C'est ainsi qu'entre 1980 et 1990, le nombre de cas de TPM diagnostiqués aux États-Unis passe d'une poignée à plus de 20 000. À partir de 1980, les patientes présentant un TPM font l'objet de reportages télévisés et sont fréquemment prises en modèle en tant qu'héroïnes de bandes dessinées ou de téléfilms. Comme des anciens combattants, les "multiples" sont décrites comme étant les survivantes courageuses de traumas extrêmes, possédant un Q.I. supérieur à la moyenne et une enviable capacité d'auto-hypnose.

Contrairement à la "faiblesse constitutionnelle" des patientes hystériques décrites par Janet, les patientes présentant un T.P.M. sont considérées comme étant dotées de facultés exceptionnelles. Progressivement, le TPM est invoqué lors de procès. Les procès se multiplient dans la décennie 1980 et le TPM est de plus en plus fréquemment invoqué tant pour l'accusation que pour la défense.

En 1993, le comité de l'Association Américaine de Psychiatrie, interpellé par ces excès, rectifie la dénomination du trouble et apporte quelques rectifications tant dans l'appellation du trouble (« Trouble de l'identité dissociée » dans le DSM IV) que dans les critères définissant celui-ci. Une restriction de l'utilisation de l'hypnose et des autres procédés thérapeutiques prétendument capables de faire resurgir des souvenirs inconscients d'abus sexuels est également recommandée par le Collège de l'Association Américaine de Psychiatrie en juin 1993.

Les enfants maltraités et les féministes

Dans l'après-guerre, des médecins nord-américains dénoncent le problème de la maltraitance envers les enfants : Caffey (1946), Silverman (1951) et surtout Kempe (1962) avec le « syndrome des enfants battus » diffusent successivement leurs travaux à l'échelle mondiale et alertent ainsi les pouvoirs publics. Le rapport de Kempe démontre que la plupart des petits enfants présentant un syndrome d'hypersensibilité aux contusions, apparemment fragiles, sont en fait sauvagement battus

généralement par les personnes mêmes qui les conduisent ensuite chez le médecin. Dans les 15 ans qui suivent, les médias américains font étalage des crimes atroces perpétrés sur les enfants. Dans le même temps, les mouvements féministes prennent de l'ampleur et organisent des réunions de prise de conscience permettant ainsi aux femmes de disposer d'un forum où elles peuvent enfin révéler les détails des sévices subis pendant leur enfance en étant prises au sérieux. Pendant la décennie 1970, la théorie freudienne est de plus en plus critiquée, pas tant pour la non-reconnaissance de la réalité des abus qu'à cause du phallogentrisme freudien : celui-ci accuse l'Oedipe féminin de porter la responsabilité de la violence incestueuse des pères et plus généralement des hommes. Vers 1980, des femmes consultant initialement pour des symptômes psychologiques et somatiques persistants tels que la dépression atypique, les troubles alimentaires et les troubles sexuels, commencent à souffrir de réminiscences de sévices sexuels et physiques subis pendant l'enfance. De nombreux cliniciens commencent à réévaluer les techniques thérapeutiques hypnotiques et cathartiques que Freud a répudiées. Ces techniques, bien connues des psychiatres militaires, sont utilisées par les cliniciens qui centrent désormais la psychothérapie sur la récupération et l'abréaction de souvenirs traumatiques "dissociés".

En 1976, sous l'impulsion de Kempe, la Société internationale pour la Prévention de mauvais traitements envers les enfants (ISPCAN) est créée. Elle organise tous les 2 ans un congrès mondial et publie un journal spécialisé très diffusé : *Child Abuse and Neglect*. Une deuxième revue est consacrée exclusivement aux traumatismes de l'enfance: *Developmental Psychopathology*.

Conclusion

Après ce survol historique, nous comprenons mieux l'ampleur actuelle du phénomène des abus sexuels chez l'enfant et les passions qu'il déchaîne : Depuis Freud et sa "déchirante" révision de la neurotica, les psychanalystes sont restés sidérés et en tous cas divisés. Un véritable "malaise dans la théorie" existe à propos du traumatisme : Tout se passe comme si, après une phase de "trop réel", le traumatisme devenait l'objet d'une certaine méfiance, chez Freud comme dans sa postérité.

Ces dernières décennies, ce sont effectivement les pouvoirs politiques et sociaux extérieurs à la psychanalyse qui ont joué un rôle clé dans la prise de conscience de la profession psychiatrique à propos du problème de l'inceste. Les mouvements féministes associés au mouvement anti-psychanalytique du début des années 60 ont poussé la profession à reconnaître le problème. La profession psychiatrique a repris alors les méthodes employées à ce moment par leurs collègues militaires, à savoir les techniques hypnotiques. Les thérapies de réminiscence employées à outrance ont contribué aux excès actuels, notamment dans le cadre des personnalités multiples.

S. Lebovici (1995), reprenant un article paru dans le *Time international*, souligne toutefois le mérite de Freud de n'avoir pas conduit à des excès mettant en jeu la paix des familles contrairement à la mise en oeuvre intensive des hypnothérapies "ericksoniennes" et des cures de thérapeutes spécialisés dans la reviviscence de "souvenirs d'expériences réelles".

De “ l’enfant battu”, première forme de maltraitance identifiée par les médecins au milieu de ce siècle, à “l’enfant abusé sexuellement” reconnu au cours de cette décennie, le regard se porte aujourd’hui sur la maltraitance psychologique faite aux enfants.

Remarquons d’abord en référence à notre pratique que la maltraitance psychologique est associée aux autres formes de mauvais traitements; elle en fait partie intégrante. On peut même souligner, comme l’ont noté Vissing et al. (1991), l’effet prédominant et particulièrement destructeur de la violence psychologique par rapport à la violence physique dans la très grande majorité des situations de maltraitance et le fait que les conséquences négatives reliées à la violence physique sont en grande partie imputables à ce que cette dernière s’accompagne généralement de violences psychologiques, notamment d’agressions verbales et de paroles rejetantes, humiliantes et dévalorisantes. Il en est évidemment de même dans les situations d’abus sexuels extra-familiaux (par exemple en cas de pédophilie) ou intra-familiaux (en cas d’inceste) où l’enfant est mis dans une position où est déniée sa subjectivité, où ne sont pas reconnus ses besoins psychologiques et sa sexualité d’enfant et où il est confronté à une intrusion traumatique inqualifiable dont il va peu à peu, dans l’après-coup, percevoir ce qu’elle représente.

Mais il est des situations où la maltraitance psychologique apparaît au premier plan du tableau clinique et isolée, au-delà des symptômes de l’enfant et des plaintes des parents et de l’entourage. C’est avec l’objectif de faire le point sur cette question qu’a eu lieu récemment un colloque organisé par le Département de Psychopathologie Clinique, Biologique et Sociale de l’enfant et de la famille à Bobigny, à l’Université Paris-Nord. C’est évidemment dans un esprit multidisciplinaire qu’a été exploré le domaine de la maltraitance psychique à l’égard des enfants, en faisant travailler et réfléchir ensemble pédiatres et membres des équipes psychiatriques, psychiatres d’enfants et d’adolescents, psychologues et psychanalystes, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, médecins de santé publique et enfin magistrats, en s’efforçant de s’appuyer au maximum sur la pratique professionnelle de chacun.

L’ouvrage qui rassemble les textes des intervenants, retravaillés en vue de la publication, s’efforce donc d’aborder ce champ encore insuffisamment défriché et qui donne lieu à beaucoup de questions et de débats tant sur le plan pratique que théorique. Il tente de le délimiter et de l’approfondir avec un objectif central, celui d’essayer de nous aider dans notre pratique professionnelle.

Tentons donc d’apporter quelques éléments de réflexion à partir de notre pratique de psychiatre d’enfants et d’adolescents. Celle-ci se situe au sein d’un service de consultations, de suivis et de traitements externes où nous sommes confrontés fréquemment à des situations, fort diverses, de maltraitance à l’égard d’enfants et d’adolescents.

Ces situations recouvrent, au moins pour une part, les six formes de maltraitance psychologique isolées par l’American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC, 1995), comme le notent P. Durning et A. Fortin :

le rejet actif traduisant une non-reconnaissance de la légitimité des besoins et des demandes de l'enfant ;
le dénigrement (souvent associé au rejet) visant à déprécier et dévaloriser l'enfant ;
le terrorisme lié à la création d'un climat menaçant, capricieux, hostile ou imprévisible, en définitive terrorisant l'enfant ;
l'isolement-confinement se définissant par le fait de couper l'enfant de ses contacts sociaux usuels en l'amenant à croire qu'il n'a personne sur qui compter en dehors de ceux qui le maltraitent ;
l'indifférence face aux demandes affectives de l'enfant traduisant la non-disponibilité des parents à l'endroit de l'enfant.

À partir de plusieurs observations cliniques, il nous a semblé possible, non sans quelque risque réducteur et simplificateur compte tenu de la diversité des situations, de décrire dans une perspective clinique un syndrome de maltraitance psychique. Ce syndrome est présenté ici de manière très résumée :

une souffrance psychique majeure de l'enfant notamment une souffrance narcissique.

des attitudes de maltraitance

rejet

dévalorisation, humiliation

déni de la subjectivité, du vécu de l'enfant; intrusion

+/- plaisir parental lié à la maltraitance (position perverse)

Un lien entre les personnes maltraitantes et l'enfant

la répétition, la durée

la haine

+/- dimension sado-masochiste

Une impossibilité d'alliance thérapeutique d'un tiers médiatisant la relation entre parents et enfant.

Une maltraitance à l'égard du clinicien

La nécessité d'intervenir : soigner, protéger...

Il ne nous est guère possible ici dans ce cadre d'apporter des précisions sur les six points que nous avons essayé de mettre en évidence. Il y aurait évidemment beaucoup à dire sur la dimension intergénérationnelle très habituellement rencontrée en pratique clinique et caractérisé par les importants troubles relationnels entre ces parents maltraitants et leurs propres parents.

Terminons par le fait de souligner la très grande difficulté de travail thérapeutique avec la famille, voire l'impossibilité d'une alliance thérapeutique avec les parents, par un tiers médiatisant la relation entre parents et enfant. Il va de soi qu'il faut être extrêmement attentif à nos contre-attitudes et notre contre-transfert dans ce type de situation pour atteindre le double objectif qui est le nôtre, au-delà de la nécessité d'intervenir, celui de soigner l'enfant mais aussi ses partenaires mais aussi de protéger l'enfant.

Erick Dietrich