



HAL
open science

“ En parler ! ” : le trauma de l’enfant victime à l’épreuve de l’injonction

J.L. Viaux

► To cite this version:

J.L. Viaux. “ En parler ! ” : le trauma de l’enfant victime à l’épreuve de l’injonction. *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence*, 2019, 67, pp.243 - 246. 10.1016/j.neurenf.2019.06.002 . hal-03487853

HAL Id: hal-03487853

<https://hal.science/hal-03487853>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

"En parler !" : le trauma de l'enfant victime à l'épreuve de l'injonction

"Talk about it !" : the trauma of the child victim and the injunction to be cured

J L VIAUX, Professeur émérite de psychopathologie

Université de Rouen Normandie

Laboratoire CRFDP

jean-luc.viaux@univ-rouen.fr

Adresse UFR Sciences de l'Homme et de la Société. Laboratoire CRFDP -

Rue Lavoisier, 76130 Mont-Saint-Aignan

Résumé

Depuis le début des années 2000, période où a commencé l'envoi systématique en thérapie des enfants victimes on assiste peu à peu à une dérive. La prescription aux victimes d'aller se soigner est faite par n'importe quelle autorité (de l'enquêteur au médecin généraliste ou à l'éducateur), sans analyse du besoin et parfois sur un fondement erroné. C'est une situation rarement commentée par les cliniciens, pourtant très attachés au consentement du patient. Or nombre d'enfants, d'adolescents ou victimes adultes résistent aux soins psychiques, alors même que la souffrance est présente. Cette injonction à « en parler » comme démarche indispensable pose cependant des questions autant éthiques que cliniques et notamment tend à effacer par exemple la complexité du traumatisme des victimes d'agressions sexuelles. Dans cet article nous nous efforçons de poser sur le mode clinique la question de la préparation à la thérapie et l'objet de celle-ci, qui ne devrait pas être de forcer en quelque sorte le sujet à « en parler », mais à reprendre sa place de sujet acteur de sa propre vie.

Abstract

Since the beginning of the 2000s, when the systematic sending of child victims into therapy began, there has gradually been a drift. The prescription for victims to go to treatment is made by any authority (police officer, family doctor, educator and so on); without analysis of the need and sometimes on an erroneous basis. This is a situation rarely commented on by clinicians, yet very attached to the consent of the patient. Many children, adolescents and adult victims are resistant to psychiatric care, even though suffering is present. This order to "talk about it" as an essential step, however, raises both ethical and clinical questions, and in particular tends to erase, for example, the complexity of the trauma of victims of sexual assault. In this article we try to ask about the clinical mode of therapy preparation and the purpose of therapy, which should not be to somehow force the subject to "talk about it" but to take back his place as a subject actor of his own life.

Mots clefs :

victimes, enfants, thérapie, agression sexuelle, traumatisme

Keywords:

victims, children, therapy, sexual assault, trauma

"En parler !" : le trauma de l'enfant victime à l'épreuve de l'injonction
'Talk about it!' : the trauma of the child victim and the injunction to be cured

Résumé

Depuis le début des années 2000, période où a commencé l'envoi systématique en thérapie des enfants victimes on assiste peu à peu à une dérive. La prescription aux victimes d'aller se soigner est faite par n'importe quelle autorité (de l'enquêteur au médecin généraliste ou à l'éducateur), sans analyse du besoin et parfois sur un fondement erroné. C'est une situation rarement commentée par les cliniciens, pourtant très attachés au consentement du patient. Or nombre d'enfants, d'adolescents ou victimes adultes résistent aux soins psychiques, alors même que la souffrance est présente. Cette injonction à « en parler » comme démarche indispensable pose cependant des questions autant éthiques que cliniques et notamment tend à effacer par exemple la complexité du traumatisme des victimes d'agressions sexuelles. Dans cet article nous nous efforçons de poser sur le mode clinique la question de la préparation à la thérapie et l'objet de celle-ci, qui ne devrait pas être de forcer en quelque sorte le sujet à « en parler », mais à reprendre sa place de sujet acteur de sa propre vie.

Abstract

Since the beginning of the 2000s, when the systematic sending of child victims into therapy began, there has gradually been a drift. The prescription for victims to go to treatment is made by any authority (police officer, family doctor, educator and so on), without analysis of the need and sometimes on an erroneous basis. This is a situation rarely commented on by clinicians, yet very attached to the consent of the patient. Many children, adolescents and adult victims are resistant to psychiatric care, even though suffering is present. This order to "talk about it" as an essential step, however, raises both ethical and clinical questions, and in particular tends to erase, for example, the complexity of the trauma of victims of sexual assault. In this article we try to ask about the clinical mode of therapy preparation and the purpose of therapy, which should not be to somehow force the subject to "talk about it" but to take back his place as a subject actor of his own life.

Mots clefs :

victimes, enfants, thérapie, agression sexuelle, traumatisme

Keywords:

victims, children, therapy, sexual assault, trauma

"En parler !" : le trauma de l'enfant victime à l'épreuve de l'injonction

"Talk about it !" : the trauma of the child victim and the injunction to be cured

Il y a un suivi psy mis en place ?

Oui

Depuis que tu as dénoncé les faits ?

Oui j'y étais encore hier

Ça te fait du bien ?

« Un peu, à force ça commence à me souler un peu d'en reparler »

Ce dialogue est récurrent dans les expertises ou audition d'enfants depuis le début des années 2000, période où a commencé l'envoi systématique en thérapie et par n'importe quelle autorité des enfants victimes (de l'OPJ au médecin généraliste ou à l'éducateur). C'est une situation rarement commentée par les cliniciens pourtant très attachés à l'adhésion donc au consentement du patient. Or souvent des enfants, adolescents ou victimes devenues adultes résistent aux soins psychiques alors même que leur vie est dure, la souffrance présente, et que leur rapport à la victimisation se traduit par cette phrase : « je n'y pense pas ». Après reprise sur ce que penser veut dire on entend « je n'y pense pas, parce que j'essaye de ne pas y penser ». D'où la peur d'aller « en parler » car par expérience antérieure ces sujets-là imaginent qu'aller chez le psy c'est ressasser les faits victimisant.

Une personne enfant ou adulte qui a subi des violences a vécu non seulement la blessure physique, l'intrusion, la destruction, mais aussi l'impuissance face à l'abus de pouvoir familial ou professionnel. S'il a porté plainte il a en plus subi une procédure judiciaire lourde et répétitive et des injonctions à « En parler ». Le traumatisme vécu est, schématiquement, un effet de répétition psychique d'une situation de violence vécue parce que le système entier de par-excitation est lésé : Or une victime d'agression sexuelle qui porte plainte doit répéter entre 2 et une dizaine de fois ce qu'elle a subi, parfois avec les détails les plus crus – justement parce qu'on ne la croit pas.

La question de l'injonction faite à toute victime enfant de se soigner a déjà été posée en ces termes par P. Delion [1]: « Plus complexe est la question du suivi psychologique de ces enfants victimes, pour lesquels trop de précipitation peut nuire ; et dans ce domaine peut-être plus que dans d'autres, le mieux est l'ennemi du bien. En effet, devant le tableau clinique présenté par un enfant ou un adolescent, (...) notre mission consiste à envisager avec la « victime » une ou des solutions lui permettant de bifurquer vers une voie dans laquelle les phénomènes de répé-

tition qui l'envahissent depuis le trauma aient quelques chances de recevoir une interprétation transformatrice. (...). Or, il est fréquent de recevoir des demandes de psychothérapie pour des enfants victimes avant même que toutes les autres nécessités socio-familiales et scolaires aient été mises en place pour aider cet enfant à survivre. Cela aboutit souvent à une impasse dans la psychothérapie, confondue pour l'occasion avec les techniques de « debriefing » qui, elles, peuvent s'appuyer sur le dessin réalisé par l'enfant de sa vie avant le trauma, avec le trauma et après lui ».

Un enfant victime de violences graves ou sexuelles commence – au prix d'un cheminement souvent très compliqué – par parler soit à un pair soit un adulte de confiance. Puis ce sera un ou deux professionnels (médecin, infirmière scolaire) La plainte entraîne une ou deux auditions par un OPJ parfois en plus une confrontation. Puis le médecin légiste, bien obligé de confronter son examen à un récit, l'expert psy, parfois l'éducateur. Si un suivi juge des enfants est instauré et/ou une instruction (pour les viols) ce sera non pas 4 ou 5 mais deux fois plus de récits. Tous ces professionnels se donnent bonne conscience en demandant si l'enfant est « suivi », ce qui serait le gage qu'il supportera bien tout cela plus que de savoir si cela lui fait ou non du bien...

Dès le début du soupçon de victimisation sexuelle il y a une forte pression pour que l'enfant aille voir un clinicien pour l'« aider », du moins c'est ce qu'on lui dit. L'enfant étant une victime comme une autre voudrait surtout qu'on le lâche avec ça : il a déposé son secret et sa souffrance, il croit avoir besoin « d'oublier ». De notre point de vue de cliniciens nous savons qu'il faut traiter le traumatisme, qu'il faut mettre au travail les capacités de colmatage du sujet, le soutenir pour l'aider à reprendre contrôle sur son estime de soi etc. Cette démarche passe par un pré-travail sur les « raisons » de se taire, et les émotions ou la rage (auto)-destructrice plus ou moins contrôlée pour éviter d'« En parler ».

C'est mon histoire et je dois vivre avec, dit cette jeune préadolescente de 12 ans, qui avait décidé avec ses parents de ne pas aller porter plainte dès la révélation de faits sexuels qui dataient de plusieurs années. Mais le collège où elle venait d'entrer avait fait un signalement, un juge des enfants a été saisi et un suivi éducatif plus une prescription de thérapie ordonnée. Or les parents avaient différé la plainte le temps qu'un soutien psychologique fasse effet pour aider leur fille. La psychologue, qui ne la recevait pas sur injonction, après avoir constaté que cette jeune fille vivait plutôt bien d'avoir parlé et ne présentait pas d'abréaction traumatique immédiate, avait proposé d'arrêter après quelques séances. L'adolescente avait bien entendu quels symptômes et problèmes devrait le cas échéant lui faire prendre rendez-

vous, mais en attendant ne comprenait pas pourquoi elle serait « obligée » d'y aller. Le besoin de thérapie, immédiate ou différée, son rythme, ses modalités relèvent d'une appréciation clinique et non d'une aide à des procédures judiciaires.

« La situation de transgression convoque et interpelle les adultes à leur place de parents mais aussi d'homme et de femme. La découverte de cette transgression accroît souvent l'impuissance dans laquelle le conflit les maintient : quelle réponse apporter au défi auquel la relation inattendue et inappropriée des enfants les confronte ? » [2] (Gallez 2016). Se débarrasser de la réponse par une injonction mécanique de soin est un leurre. D'autant que trop de professionnels et de familles sont convaincus que pour se débarrasser « du traumatisme » le procès de l'auteur est indispensable pour que l'enfant « aille mieux ». Cette sorte de dogme conduit à mettre plus d'énergie à respecter la lourde procédure d'investigation que de travailler à préparer une thérapie. On dit de plus souvent à l'enfant « après tu n'en parleras plus ». Donc il faudrait en parler pour ne plus en parler : Injonction en abyme, qui abime pas mal d'enfants.

De quelle science se prévalent ces adultes, bien intentionnés ou professionnels, pour dire à un enfant (ou un adulte) victime qu'il faut ou ne faut pas en parler, surtout sans lui expliquer le mode d'emploi de cette parole censée le soulager. Comment espérer une adhésion et un consentement (éclairé par quoi et qui ?) de l'enfant à ce qu'il perçoit comme la répétition de l'effraction de l'intime ? Comment ne pas mettre l'enfant face à un conflit de loyauté tout aussi délabrant alors que l'auteur de sa victimisation est un membre de la famille ce qui est très majoritairement le cas ? [3](Perpète, 2015)

Ce qui est pertinent, n'est pas de se précipiter sur le soin psychique mais de créer un espace psychique perceptible entre la procédure et la thérapie. Il s'agit donc de fonder l'indication de soin qui ne saurait être « standardisée » sur un diagnostic et non sur un événement et déterminer le projet d'aide par la thérapie non sur l'agression révélée, mais sur le sujet dans son environnement relationnel affectif. D'autant que le trauma évident lié à l'agression connue peut masquer un traumatisme complexe d'une histoire pleine d'agressions et de douleurs. Commencer par le commencement n'est pas techniquement une évidence, ni n'a de sens, mais commencer par l'évident risque de faire rater le commencement

Une thérapie, cela se prépare¹ ...

Jessica, 13 ans, en conflit avec son père et sa belle-mère est privée de son smartphone : explorant le dit smartphone ils découvrent avec stupéfaction des vidéos pornographiques et

¹ a dit un jour F. Dolto dans un congrès

qu'elle converse avec des hommes adultes auxquels elle envoie des photos d'elle nue et des vidéos de masturbation. Questionnée Jessica dit ne pas savoir pour quoi elle fait cela et en nie le caractère dangereux ou humiliant, puis raconte qu'entre 7 et 8 ans elle a été violée par un ami de son père, chaque fois qu'elle allait chez lui. Désespérés ils prennent conseil de leur médecin qui leur dit d'aller porter plainte et de prendre contact avec une « psy ». Dès la première consultation l'entretien porte uniquement sur les viols et en conclusion la psy indique aux parents qu'elle propose une thérapie EMDR. Or dans cet unique rendez-vous la jeune n'a pas parlé de ses exhibitions avec la thérapeute, qui n'a été consultée que sur les viols, anciens. 15 jours après la plainte où elle a été auditionnée il apparaît que les viols qu'elle a décrits de façon circonstanciée sont probablement imaginaires puisque l'examen gynécologique est incompatible avec les pénétrations douloureuses qu'elle a racontées. Évidemment, on ne la croit plus et les parents, devant ce qu'ils pensent être un mensonge, estiment que c'est désormais sans objet de la faire suivre.

Jessica, qui masque ses rondeurs excessives dans une tenue floue-bouffante très ado, a cependant exposé son corps qu'elle trouve trop gros à des regards pas très innocents. Elle a bien besoin d'aide. La posture de victime (« on m'a violée ») est plus facile, face à ses parents et aux enquêteurs, que sa posture perverse, mais elle ne s'est pas conduite ainsi sans qu'il n'y ait une souffrance et éventuellement bien autre chose qu'une agression qui n'est probablement celle qu'elle a dite ni peut-être pas par la personne qu'elle met en cause.

Revoir un « psy » il n'en est pas question pour elle du fait que la première injonction, sur un fondement erroné, avait abouti à une proposition de soin pour un traumatisme ... qui n'était pas le bon. Comme d'autres enfants la précipitation sur la réponse thérapeutique avant de connaître la question a abouti à ce que Jessica pense que « les psys, n'y comprennent rien ».

La mère de Jessica avait quitté son père, la délaissant un an, puis l'enlevant à son papa. Jessica était présente dans la maison où sa mère, qui venait d'avoir un enfant d'un autre homme, s'est pendue : elle avait 4 ans et l'a vue. Son père, un taiseux, ne lui a rien proposé d'autre que surtout ne pas en parler, persuadé qu'elle n'avait rien vu. Après abandon, puis enlèvement par sa mère, la tragédie de cette jeune fille était que pour son père elle n'était censée ne rien voir, ne rien savoir. De quoi réfléchir sur son besoin pervers de voir/être vue.

S'agissant de sujets traumatisés suite à un évènement connu et apporté explicitement au clinicien, si l'on veut que le sujet adhère à la thérapie il faut considérer sa personne et non l'évènement, si tragique soit-il. C'est le sens que l'on peut donner à « La lettre Volée » d'Edgar Allan Poe » Viaux [4] : Ce que l'on met en évidence est ce qu'il y a de mieux caché. En définitive le lecteur de Poe ne saura jamais exactement ce qu'il y avait dans cette lettre-

symptôme. L'évènement traumatogène connu ne nous apprend rien sur la complexité cachée du traumatisme : seul le sujet victime sait de quoi sa souffrance est faite. Si on ne tient compte que du syndrome PTSD, qui ne nous apprend que l'effet traumatique non son élaboration, il y aura adhésion de surface pour répondre à l'injonction mais cela ne servira à rien.

Les enfants et les adolescents admettent que leur comportement fait souffrir leur entourage, l'agressivité explosive alternant avec le mutisme notamment. Le refus face à un thérapeute qu'on les a contraints d'aller rencontrer tient à la déflagration produite par leur parole révélatrice : la famille partagée entre ceux qui croient et ne croient pas, qui ne se parlent plus, le père ou le frère qui menace de tuer l'agresseur, la mère qui a révélé que « elle aussi » auparavant etc. Tout ce tohu-bohu provoqué par la révélation est autant de raison de ne pas céder à l'injonction d'en parler pour ne pas parler de tout cela.

Poussé en thérapie par injonction l'enfant a souvent en tête des clichés : Parce qu'on leur dit d'en parler les enfants croient qu'il faut parler de sexe, ce qu'ils ne savent pas faire et ce qui les effraye, tout en les excitant psychiquement. Donc ils se braquent : « Je ne savais pas quoi lui dire ». « Il (elle) me posait plein de questions j'en avais marre » etc. Parfois c'est « ben on parle de ce que je fais à l'école ». L'école c'est pénible quand on rumine et donc qu'on échoue, que les parents s'en inquiètent, l'enfant n'a pas plus envie d'en parler : « la psy aussi elle me dit de me concentrer ».

Préparer une psychothérapie c'est comme faire le portrait d'un oiseau selon Prévert : commencer par dessiner le contexte, la cage porte ouverte, et « quelque chose d'utile pour l'oiseau » et puis attendre que l'oiseau vienne et cela peut prendre des années. Quand l'oiseau est là alors on peut effacer la cage – cette fameuse injonction aux soins. Assis sur son arbre (de vie) le sujet peut être en lien avec ses racines, même s'il n'est pas venu pour ça : le travail peut commencer parce que vous avez utilisé ce moment d'injonction pour lui parler (et non l'inverse) de sa vie et déployer toutes les branches de ce qui peut faire souffrance et lui proposer juste de se poser sur celle de son choix et, de déployer son psychisme comme il l'entend.

Dans une histoire de vie aussi complexe et douloureuse que celle exposée plus haut, la clef de la porte à ouvrir pour engager une aide à cette adolescente, n'était ni la révélation d'agressions sexuelles, ni l'exhibitionnisme, mais les silences du père.

Au demeurant on a montré [5] que pour les enfants de 5 à 15 ans, essentiellement victimes de prédateurs familiaux, c'était l'amélioration du fonctionnement familial qui était de meilleur pronostic que la thérapie individuelle. Ce qui est vrai aussi des maltraitances non sexuelles. Produit de la dés-idéalisation les violences contre l'enfant sont un lien de haine dans lequel

l'enfant est la surface de projection d'une souffrance cachée (parfois la même) des parents. C'est souvent en réparant le parent qu'on répare l'enfant, car on lui donne espoir d'un attachement sécure avec un ou des parents qui eux-mêmes ont retrouvé une sécurité intérieure qui a toujours fait défaut. C'est incompréhensible que face à ces violences on puisse se figurer « soigner » un enfant souffrant d'un lien pervers par la haine sans s'occuper de la souffrance cachée de ses parents.

En parler, de quoi ?

Comme Elephant Man les adolescents victimes crient souvent « non je ne suis pas un éléphant ». Bien que leur réaction traumatique et leurs troubles soient aussi gros et visibles que ce pachyderme, ils opposent à toute proposition d'aide qu'ils ne souffrent pas, pour ne pas avoir à céder à l'injonction d'« En parler ». Ils sont moins dupes de leurs symptômes que les adultes ne le pensent.

Bien des adolescents, collégiennes et collégiens disent que ce qu'il y a de plus douloureux à vivre après que leur « secret », révélé à un pair d'âge, ait été porté aux adultes (infirmière, parent et la suite) c'est que « tout le monde le sait » et en parle. Cette persécution du regard et de la rumeur n'a souvent rien d'imaginaire d'où une forme de harcèlement de nature sexuelle que subissent ces adolescent(e)s. D'où la fuite (changement de collègue) ou le repli mais surtout ne plus en entendre parler, ne plus en parler.

D'autres victimisations contemporaines, les attentats notamment, ont mis en avant une conception du traumatisme résultant d'un accident de vie provoqué par une cause externe nécessitant la possibilité pour les victimes de debriefing spécifique. Mais on ne peut opérer une translation de ce procédé au traitement de la complexité du traumatisme quand il s'agit d'agressions réitérées dans le temps comme l'inceste ou la maltraitance. Décréter qu'il y a urgence à en parler pour un adolescent alors même que les agressions subies datent de sa petite enfance et qu'il n'y a ni plus ni moins de perturbations de leur vie psychique après la révélation qu'avant décrédibilise la démarche. L'urgence c'est l'empathie pour le silence tenu durant ses années et l'assurance qu'il faut un temps long pour penser et panser les effractions du Moi-Peau. Pour arriver à une complaisance au travail psychique proposé il y a donc une stratégie qui consiste à regarder autre chose que les symptômes « Éléphant man » : L'urgence c'est de s'adresser à la part vivante du sujet pas à sa part traumatisée. Sans oublier que dans une famille un traumatisé peut aussi en cacher un autre. ...

Il faut se souvenir des réflexions sur ses malheurs de Mary dans l'observation qu'en rapporte J. Anthony [6]. Mary née 7^e de 9 enfants, prématurée, avec une luxation congénitale de la hanche mal soignée qui la laisse boiteuse, hospitalisée plusieurs fois pendant ses deux premières années,

dont le père est alcoolique, bat ses enfants, surtout Mary « la boiteuse », et exhibe à ses enfants ses ébats sexuels etc. A 9 ans elle voit donc le pédopsychiatre et lui raconte ce qu'elle fait pour soutenir sa mère déprimée, éviter que les plus jeunes ne soient maltraités. Quand son père la tape « ça fait un peu mal mais on fait autre chose et on n'y pense plus » dit Mary et elle lui trouve des excuses puisqu'il n'a pas de travail. Et tout cela ne la rend pas triste « parce que je suis habituée » dit-elle. Quand Anthony lui demande de faire trois vœux Mary lui dit qu'elle voudrait grandir vite, devenir infirmière et s'occuper des enfants pauvres en Inde : en guise de loisir elle, qui ne mange pas à sa faim, fait la quête pour ces enfants Hindous qui meurent de faim ... et Mary ajoute « je crois que j'ai tout ce que je veux mais pour vous si vous voulez j'ai un bon souhait : vous n'aimeriez pas aller à Disneyland » ?

Cette histoire nous apprend trois choses sur la façon d'aider un enfant à s'en sortir après avoir subi parfois longtemps des violences :

- Il est absolument évident que l'enfant ne peut être compliant à la prise en charge que si on lui laisse le temps de prendre son élan en quelque sorte : L'emprise est comme les sables mouvants : on n'en sort pas on s'en arrache en se cramponnant à quelque chose de solide et d'extérieur. Sortir de l'emprise ce n'est pas la revivre à chaque audition et à chaque séance de thérapie, c'est au contraire comme Mary s'offrir des rêves de n'être pas victime mais aidant à partir de sa propre expérience. Laisser un enfant dans un collège où tout le monde « sait », le faire revenir sans cesse sur cette histoire ou ne plus le considérer que comme victime, le placer en l'éloignant d'adultes non victimisant qui pourrait l'entourer d'affection (des grands-parents, une marraine ...) est le meilleur moyen de lui rendre toute approche de sa douleur insupportable et de vivre la même victimisation autrement.
- La vie de l'enfant battu ou incesté n'est pas que souffrance et c'est sur les éléments de contexte qui relativisent sa place d'enfant « victime » que doit s'appuyer la prise en charge pour que l'enfant puisse consacrer son énergie à élargir le champ des possibles et de l'avenir. Si personne n'avait vu et su que l'enfant était victime, c'est qu'une partie clivée a réussi à s'adapter sur un mode non souffrant : c'est sur cette partie que doit s'appuyer d'abord une prise en charge pour éviter que comme Orphée l'enfant ne se retourne compulsivement vers la néantisation.
- Enfin l'enfant n'a besoin d'aide que relativement à son incapacité à se décentrer et à expulser le bourreau de son psychisme : « il n'avait pas à me faire ça, mais c'est mon père » dit une petite fille de 9 ans : elle n'avait pas besoin qu'on lui explique l'Interdit de l'inceste ni qu'on lui fasse ressasser les actes. Elle séparait l'homme-agresseur de son père, parce que même victime d'inceste elle n'avait pas envie, en plus, d'être orpheline et elle se préoccupait de ses petits frères plus que d'elle. Autrement dit elle avait réussi avant même d'être vraiment prise en charge à

faire sortir le bourreau de sa vie psychique, en le clivant, lui, elle lui avait assigné une place où il ne pouvait plus lui nuire ni la dominer.

Van Gisjeghem et Gauthier [7] à propos des psychothérapies d'enfants victimes d'inceste évoquaient carrément les dangers d'un « viol psychique » spécifiant qu'il ne fallait pas traiter l'inceste comme une pathologie « en soi » et considérant inutile que « pour guérir l'enfant doive à tout prix parler de ce trauma ». D'autant qu'une étude qu'ils avaient produite montrait qu'une partie de ces enfants victimes d'inceste allaient mieux quand ils n'en parlaient tout simplement pas ... Non qu'il faille renoncer à la thérapie des enfant incestés, mais ce qu'ils incitaient à penser c'était à la particularité de l'enchevêtrement des transgressions dont est fait l'inceste, et par conséquent du poids de néantisation de cette transgression. Un enfant incesté est un enfant nié, *inces-tué* en quelque sorte, dont l'identité singulière est tellement néantisée que son aveu d'inceste est un aveu de mort : plus il répète plus il remet en scène sa propre inexistence. Il y a ici une méprise sur le besoin de parler, qui relève de la dictature de l'aveu (aveu signifie soumission). Les enfants (ou adultes), qui ont résisté à l'inceste sont ceux qui ne se soumettent ni à cette dictature, ni à la confusion entre dire et penser, ni à la confusion entre silence imposé pour accomplir l'inceste et secret, le vrai secret celui des origines et de son propre désir du désir que l'on vient reconstruire dans l'espace clos du cabinet thérapeutique.

En parler ? bien sûr, mais pour qui et pourquoi, de qui et de quoi ? En parler n'a de sens que si les mots remettent les choses à leur place non enterme de récit de l'acting ou du lourdingue « mais ce n'est pas de ta faute », mais pour chasser le bourreau entré en Soi. Ce n'est pas « en parler » mais parler du Soi intact, du Soi vivant qui a résisté jusqu'à pouvoir le confier et qui n'a donc plus besoin de le faire pour reprendre toute sa place dans le cycle de vie.

Références

- [1] P. Delion. Les abus sexuels et autres mauvais traitements dans la pédopsychiatrie contemporaine. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 42 (1) (2004), pp. 19-26.
DOI 10.3917/rppg.042.0019
- [2] M. Gallez. Prise en charge individuelle et familiale d'adolescents auteurs de transgressions sexuelles dans la fratrie. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*. 1(5) (2016), pp. 6-21
- [3] T. Perpete. Psychothérapie d'enfants victimes de maltraitance au sein de la famille et travail du secret. *Dialogue*. Toulouse, Eres (2015) pp. 109-120. DOI 10.3917/dia.209.0109

- [4] JL Viaux. L'épreuve de la Crédibilité ; essai sur la vérité psychologique en psychocriminologie». Études Psychothérapiques. Mensonges. (13) (1996) pp.67-81
- [5] F. Vila. Clinique des violences sexuelles chez l'enfant, in R. Coutanceau, C. Damiani, M. Lacambre, Victimes et auteurs de violences sexuelles, Paris :Dunod (2016), pp. 61-71
- [6] JE. Anthony. Un nouveau domaine scientifique à explorer. In Anthony JE. Chiland C. Koupernik C. Editor. L'enfant vulnérable. PUF, Paris (1982), pp.21-35
- [7] H. Van Gisjehem L. Gauthier. De la psychothérapie des enfants incestués : les dangers d'un viol psychique. in D. Castro editor. Incestes. L'esprit du temps (1995), pp.337-349