

PARLONS DE L'INCESTE

Seconde et avant-dernière partie du dossier

Dorothee Dussy
Association AREVI (Action/Recherche et Echanges entre Victimes de l'Inceste)

Voici l'avant-dernier volet du dossier sur l'inceste ouvert dans le précédent numéro de LM. Pour la première partie du dossier avait été recueilli le témoignage de cinq femmes, abusées sexuellement par un parent au cours de leur enfance ou bien enfant témoin des viols commis sur un autre enfant de leur famille. Cette étude, dont les résultats inédits ont été publiés pour le premier volet de ce dossier, a permis en outre de montrer l'incidence des abus sexuels précoces dans l'orientation sexuelle des victimes devenues adultes.

Dans ce numéro de LM, le dossier aborde les effets médicaux et psycho-sociaux de l'inceste tels qu'ils sont décrits dans la littérature médicale et psycho-sociale (cf. Marc Shelly). En focalisant sur le décalage qu'il y a entre les peines de prison théoriquement encourues par les abuseurs et la réalité du système judiciaire, ce dossier se refermera sur les problèmes que pose la réponse de la loi en France, face à l'inceste.

Et pour celles qui souhaitent en savoir un peu plus, quelques références documentaires (littérature, vidéos, sites internet) seront indiquées également dans LM 228.

L'abus sexuel des enfants - perpétré au sein même de la famille dans plus de trois quarts des cas ou encore par un proche - est un fait social dont la prévalence, en tout cas dans la société nord-américaine, paraît avoir été constante sur plus d'un demi-siècle : environ 10 % avant l'âge de douze ans chez les filles, entre 2 et 4% chez les garçons (du fameux rapport Kinsey, établi au cours des années quarante, aux enquêtes épidémiologiques les plus récentes conduites périodiquement depuis une vingtaine d'années aux États-Unis sur de larges échantillons représentatifs de la population générale). Et ces chiffres ne concernent que l'abus sexuel impliquant un contact génital, allant de l'attouchement à la pénétration.

L'abus est dit " précoce " lorsqu'il survient avant la puberté, dans la moitié des cas entre 9 et 12 ans et pour une forte minorité dès 4 à 6 ans. Ce traumatisme majeur concernant un corps d'enfant (ainsi qu'un vécu infantile) non encore parvenu à la maturité sexuelle, fracture profondément et durablement le développement de la personne, entraînant à l'âge adulte les conséquences psychosociales les plus graves. Celles-ci ne s'expriment en effet le plus souvent qu'à la suite d'une phase silencieuse plus ou moins longue, s'inscrivant apparemment dans ce que les analystes désignent sous le terme d' " après-coup traumatique ", processus amorcé plus ou moins tardivement après l'accès à la maturité sexuelle, au moment où " des actes ou des désirs antérieurs prennent une signification nouvelle dont le caractère sexuel a pu être méconnu jusque-là ". Quoi qu'il en soit - selon les données convergentes de nombreux travaux ré-

CONSEQUENCES A LONG TERME CHEZ LES JEUNES FEMMES VICTIMES D'ABUS SEXUELS DANS L'ENFANCE

Docteur Marc Shelly

cents, principalement nord-américains - les logiques de cette souffrance psychique, autrement non exprimée, engendrée par ce traumatisme précoce inscrit dans la trajectoire biographique, paraissent sous-tendre de multiples conduites à risque chez l'adolescente et la jeune femme (majoritairement concernées par cette problématique) : grossesses précoces le plus souvent non désirées, IVG à répétition, infections sexuellement transmissibles souvent récidivantes (et surexposition au VIH), conséquences d'une sexualité non protégée associée à une insatisfaction et une grande instabilité sexuelles et affectives (multipartenariat et souvent prostitution épisodique) ; abus d'alcool (voire alcoolodépendance, particulièrement évocatrice chez la femme), usage massif de drogues illicites, inhabituel chez la femme, surconsommation de médicaments psychotropes (et sou-

vent automédication), produits psychoactifs eux-mêmes cofacteurs d'autres conduites à risque; troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie avec ou sans vomissements forcés), etc.

Ces stratégies spontanées de survie psychique, de lutte contre une dépressivité masquée, en apparence incohérentes, associées ou alternées, très rarement décryptées par l'entourage ou le médecin, sont parfois émaillées de violents passages à l'acte sur soi-même : automutilations (en particulier brûlures de cigarettes sur les avant-bras, scarifications au cutter sur l'abdomen ou les cuisses, etc.), tentatives de suicide répétées.

Enfin, élargissant l'éventail des sévères conséquences à long terme de ce traumatisme psychique précoce, l'Association ARE

MEDIA¹, spécialisée dans la promotion de la santé et la prévention des conduites à risques auprès des 15-30 ans, vient récemment pour sa part de mettre en évidence pour la première fois², en lien avec Marie CHOQUET (Unité " Santé de l'Adolescent " de l'INSERM), une exposition au risque d'accident de la voie publique - première cause de traumatisme, handicap et mortalité dans les pays développés entre 15 et 24 ans - statistiquement très significativement augmentée (trois fois supérieure) chez les jeunes femmes victimes d'abus sexuels dans leur enfance (avant l'âge de 12 ans), et seulement dans ce cas, ceci indépendamment d'éventuels facteurs associés à l'abus sexuel susceptibles d'interférer également avec le risque d'accident (suicide, consommation d'alcool, de médicaments psychotropes ou de drogues illicites).

L'identification de ce nouveau risque, potentiellement mortel, lié à l'abus

sexuel précoce chez la femme, et s'exprimant très à distance dans le temps, enrichit la liste déjà longue de ses sérieuses conséquences à long terme qui en font un véritable problème de santé publique - bien qu'en pratique largement négligé si ce n'est globalement occulté - dont la prévalence chez les femmes se situe pourtant, tout compte fait, à mi-chemin entre celles du diabète et de l'asthme...

Des actions généralisées de formation menées auprès des praticiens (médecins des centres de dépistage et d'IVG, généralistes, pédiâtres, gynécologues, alcoologues, psychiatres, psychologues cliniciens, etc.), intervenants sociaux, enseignants, infirmières scolaires - l'échec scolaire apparaît comme l'un des signes révélateurs les plus précoces, tandis qu'environ une élève sur 10 est a priori concernée par l'abus sexuel - pourraient cependant permettre la mobilisation de nombreux professionnels autour de cette problématique qui traverse l'ensemble des classes sociales.

Seuls, en effet, dépistage, soutien psychosocial et prise en charge les plus précoces possibles - dans le meilleur des cas avant la puberté - semblent susceptibles de favoriser chez les victimes l'amorce d'un véritable processus de résilience leur permettant d'espérer mener une vie acceptable.

L'étude d'AREMEDIA apporte en effet dans cette perspective une donnée particulièrement suggestive : le simple fait d'avoir brisé le silence, " parlé à quelqu'un ", au moins une fois, de cet événement traumatique - généralement à un camarade de classe, sous le sceau du secret, et sans autre suite - paraît en soi produire un effet protecteur, permettant à terme, une réduction très significative du risque intrinsèque d'exposition sur la voie publique. Et, il en est probablement de même pour d'autres comportements à risque s'exprimant tardivement à l'adolescence ou chez l'adulte jeune.

Ainsi, dans le cadre de cette investigation exploratoire, le risque d'accident s'élève significativement jusqu'à 7,5 pour celles qui n'ont jamais parlé de leur vécu traumatique toutefois non sans demeurer substantiel (2, 3) chez les autres.

A la lumière de cette observation statistique inédite, il est permis de penser que non seulement la reconnaissance de

la parole de la victime, mais, à sa suite, la mise en place, de la part de professionnels expérimentés, d'un étayage solide, structurant et " contenant " - initié si possible au cours de la période prépubertaire - limiterait un investissement éventuel, lors de cette période de vulnérabilité majeure que constitue l'adolescence, dans diverses conduites à risque marquées par la répétition ou la compulsivité (addictions, boulimie, sexualité, etc.). Ces divers comportements, y compris l'auto-mutilation, les tentatives de suicide et, à présent l'accidentalité, sont d'ailleurs susceptibles d'être interprétées comme autant d'attaques désespérément dirigées par les victimes elles-mêmes vers leur " corps propre ", et autant de réponses inappropriées à une souffrance psychique sans autre expression possible, sous-tendant pourtant chez la personne, dans l'exclusion de toute verbalisation, une authentique stratégie de survie psychique.

Au Canada et aux Etats-Unis, plus récemment en France, une pratique sociale s'est par ailleurs spontanément développée, initialement inspirée du mouvement féministe : l'organisation de groupes d'auto-support, à vocation non thérapeutique, au sein desquels les personnes ayant été victimes d'abus sexuels - en particulier dans leur enfance (majoritairement l'inceste) - partagent anonymement et collectivement leurs expériences et compétences individuelles dans le but de réduire solidement leur souffrance psychique.

Au sein de son espace d'accueil, d'écoute et d'orientation récemment ouvert à Paris aux jeunes en difficulté, l'Association AREMEDIA abrite pour sa part l'un de ces groupes de parole (AREVI³), dont l'originalité est de mobiliser également ses membres autour d'un objectif complémentaire de recherche avec la production de données biographiques à caractère exploratoire concernant les conséquences à long terme de cette atteinte à la personne. Fait à souligner, cette dimension spécifique, suscitant chez la personne l'expression de ses compétences psychosociales à travers un travail sur soi s'inscrivant dans une logique collective entre " pairs ", favorise sans doute la restauration d'une estime de soi très souvent secrètement dégradée.

C'est dans ce cadre que les résultats de l'étude statistique réalisée par AREME-

DIA ont été confrontés avec l'histoire et les expériences de vie de plusieurs jeunes femmes victimes d'abus sexuels dans leur enfance : d'une part, celles-ci ont pu confirmer la réalité de cette attitude singulière face au risque sur la voie publique (y compris, pour certaines d'entre elles, dès l'enfance en tant que piéton) et, d'autre part, compléter les données quantitatives auparavant recueillies par une contribution spécifique d'ordre qualitatif, offrant des pistes inédites à la recherche clinique ainsi que de précieux points d'appui pour les stratégies d'intervention du praticien. Ainsi, fait intéressant, ces personnes ont spontanément proposé d'interpréter spécifiquement cette conduite non pas en terme d'équivalent suicidaire (ce qu'écarte en effet l'analyse statistique des données recueillies), mais plutôt, comme un comportement qui s'inscrirait dans le registre d'une auto-mutilation traumatique indirecte, exprimant (et répétant symboliquement) de façon non consciente - et, selon elles, serait destiné à rendre " visible et socialement acceptable " - ce qui ne peut être dit.

L'approche atypique qui sous-tend cette recherche-action, fondée sur l'échange et le partage des compétences, confrontant hypothèses issues de l'observation clinique, épidémiologie de terrain et sollicitation des victimes en tant qu'experts - dont certains exemples récents peuvent être relevés ailleurs, notamment dans le champ de la toxicomanie ou de l'infection par le VIH - paraît particulièrement productive, à la fois pour les intervenants, chercheurs et praticiens, ainsi que pour les personnes concernées, conduites à participer activement, en lien étroit avec les professionnels, à un processus de réflexion (et d'élaboration psychique) s'inscrivant dans une perspective de gestion personnalisée et de réduction des risques.

*Hôpital Fernand-Widal (Paris)
Association AREMEDIA*

1. Espace AREMEDIA, 59 boulevard de Strasbourg, 75010 Paris - Tel : 01 47 70 07 70.
2. Cf le compte-rendu de ce travail paru dans *Libération* le 11 avril 2003
3. AREVI (Action Recherche Echanges entre Victimes de l'Inceste), Espace AREMEDIA, 59 boulevard de Strasbourg, 75010 Paris, Tel : 01 47 70 07 70