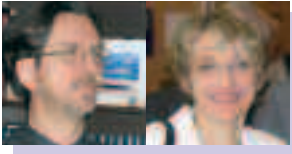


Chaque enfant est unique



Par
Louis Brunet, Ph. D.,
et **Dianne Casoni, Ph. D.**

LES PROBLÈMES vécus par les victimes d'agression sexuelle préoccupent de nombreux cliniciens, chercheurs et intervenants sociaux. Que les victimes d'agression sexuelle en souffrent et subissent généralement des séquelles psychologiques, nul ne peut raisonnablement en douter. Qu'il faille intervenir systématiquement pour traiter ces victimes par la psychothérapie n'apparaît cependant pas aussi évident.

Soigner qui et quand ?

De nombreux écrits ont été produits ces dernières années explorant non seulement les séquelles psychologiques de la victimisation sexuelle, mais aussi les différentes modalités psychothérapeutiques élaborées spécifiquement pour ces victimes. Alors qu'une quasi-négation sociale de l'existence des agressions sexuelles infantiles a déjà existé, le pendule semble maintenant avoir oscillé vers une augmentation spectaculaire des signalements d'agression sexuelle concernant des enfants¹. De même, alors qu'auparavant on reconnaissait à peine le besoin de ces enfants de recevoir une aide psychothérapeutique, on penche maintenant vers l'opinion de la nécessité incontournable de traiter activement toute victime d'agression sexuelle.

Qu'en est-il vraiment du besoin et du désir de traitement psychologique des enfants et adolescents victimes d'agression sexuelle? Doivent-ils tous être considérés comme ayant été traumatisés par leur expérience? Quels fondements conceptuels et théoriques pouvons-nous invoquer pour justifier une recommandation quasi systématique de psychothérapie pour ces victimes?

Les effets d'une agression sexuelle

Les études actuelles nous permettent de constater que les effets psychologiques de l'agression sexuelle sur les enfants varient beaucoup d'un enfant à l'autre (Beitchman *et al.*, 1991 et 1992), allant des troubles de conduite (Schacht, Kerlinsky et Carlson, 1990; Urquiza et Capra, 1990) jusqu'aux manifestations de dépression (Badgley, Wood et Young, 1994) et à la présence d'un état de stress post-traumatique (McLeer, *et al.*, 1988). Non seulement les manifestations symptomatiques apparaissent variées mais, de plus, il ressort que nombre d'enfants agressés sexuellement présentent peu ou pas de troubles manifestes. Dufour, Nadeau et Bertrand

(2000) trouvent qu'entre 20 % et 40 % des victimes ne présentent pas d'effets délétères.

Néanmoins, il est difficile de rester indifférent devant le drame vécu par des enfants victimes d'agression sexuelle (Casoni et Brunet, 1990; Casoni, 1994). Que ceux-ci en paraissent manifestement affectés ou non, l'intervenant qui est confronté à cette réalité ne manquera pas de s'identifier à cet enfant. C'est une identification parfois directe et massive ou une identification inconsciente mais non moins importante pour quiconque entre en relation avec un enfant agressé. Un premier piège se dessine ici. Il n'est pas rare d'être témoin d'une recommandation de traitement pour un enfant victime d'agression sexuelle qui réponde davantage au trouble vécu par l'intervenant qu'à une évaluation objective du besoin et du désir de l'enfant de recevoir de l'aide. De même, il est permis de penser que certaines modalités de psychothérapie spécifiquement élaborées pour soigner les enfants victimes d'agression sexuelle, comme les thérapies de groupe ayant des visées cathartiques, sont fortement infiltrées du besoin du concepteur et du thérapeute de conjurer l'angoisse éveillée en eux par l'identification à ces jeunes victimes. Il y a lieu de se demander si ces modalités sont véritablement thérapeutiques pour les enfants auxquels elles sont proposées.

Qu'en est-il des objectifs de ces diverses approches thérapeutiques? Une recension rapide permet de découvrir que plusieurs approches visent à enseigner aux enfants et adolescents à se déculpabiliser de l'agression en attribuant la responsabilité des sévices à l'agresseur (Sagatun et Prince, 1988). D'autres approches cherchent à modifier les réponses inadaptées apprises à la suite de l'expérience de victimisation (Crowder, 1993). De nombreux modèles psychothérapeutiques centrent leurs hypothèses thérapeutiques sur les capacités d'autoguérison des individus et postulent que des rencontres de groupes, composés de victimes, constituent une modalité suffisante pour favoriser l'autoguérison (Boland, 1990). Alors que certains préconisent l'utilisation de méthodes cathartiques pour favoriser la « ventilation » des affects associés à la victimisation (Collins et Gabor, 1988; Steele et Colrain, 1990), d'autres auteurs, au contraire, postulent qu'il faut favoriser la création chez les enfants de mécanismes défensifs (Corder et Haizlip, 1989).

Cependant, la question de l'indication d'offrir ou non un traitement pour l'enfant ou l'adolescent victime d'agression sexuelle demeure peu discutée. Ainsi, ne faudrait-il pas d'abord se demander si l'agression sexuelle est nécessairement vécue comme étant traumatique? Le cas échéant, quels buts devrait-on assigner à un traitement?

Or, les enfants victimes d'agressions sexuelles ne réagissent pas tous de la même façon et avec la même intensité aux actes dont ils ont été victimes. Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, Anna

Freud (Freud et Dann, 1951) avait noté comment certains enfants, orphelins de guerre, s'en tiraient beaucoup mieux que d'autres qui avaient vécu les mêmes atrocités. Aujourd'hui, Cyrulnik (2001) a popularisé le concept de résilience pour rendre compte du fait que certains enfants traversent de façon étonnamment saine des épreuves importantes ou des événements traumatogènes. Ces observations, maintes fois répétées, nous indiquent qu'il ne convient pas d'offrir systématiquement un traitement à tous les enfants victimes d'agression sexuelle, et il est encore moins indiqué d'offrir le même traitement à tous ces enfants, sans égard à leur réaction et à leur personnalité.

Quelques indications

Indépendamment des actes d'agression subis par un enfant, quelles sont les indications qui justifient le recours à la psychothérapie en général? D'abord, l'indication de psychothérapie ne peut être basée sur l'existence d'un événement de réalité mais doit plutôt s'appuyer sur l'existence d'une condition psychologique particulière; notamment, la présence de détresse psychologique.

Suivant ce raisonnement, il n'est pas approprié de recommander une psychothérapie parce qu'un enfant a subi une agression sexuelle, mais plutôt de le faire si l'enfant présente des signes de détresse, de régression ou de pathologie à la suite de cet événement. De même, il convient d'évaluer si l'état de détresse semble temporaire et surmontable ou s'il est d'une intensité telle qu'il perturbe le développement de l'enfant, le sidère, l'enferme dans une réaction traumatique insurmontable ou cristallise une psychopathologie.

Il convient ainsi de dissocier et de distinguer l'agression (réelle) du trauma (psychologique). Établir une équivalence entre agression et trauma constitue un piège où il est facile de se prendre en oubliant que chaque enfant réagit de façon unique. En ce sens, comme le rappelle Casoni (1995), l'enfant ou l'adolescent agressé n'est pas une page vierge sur laquelle on doit chercher à effacer une tache, mais un individu psychiquement organisé qui possède déjà des ressources et des limites.

Ainsi devons-nous chercher à comprendre si l'enfant ou l'adolescent qui a subi une agression sexuelle a, compte tenu de ses réactions psychologiques et de l'aménagement de sa personnalité, besoin d'une psychothérapie en raison de la présence chez lui d'une détresse ou d'une réaction pathologique. Le cas échéant, il importe de déterminer quels buts seraient poursuivis dans une éventuelle psychothérapie et, conséquemment, quelle forme de traitement serait la plus susceptible de répondre aux buts identifiés.

D'une manière générale, trois objectifs psychothérapeutiques peuvent être conçus : 1. aider l'enfant à surmonter une détresse psychologique aiguë même si elle est réactionnelle et temporaire; 2. aider l'enfant à procéder au réaménagement des conflits psychiques réveillés ou induits par l'agression; 3. aider l'enfant à dépasser les significations pathogènes conscientes et inconscientes attribuées à l'agression.

Alors que le premier objectif peut être atteint par diverses formes de psychothérapie (thérapie de soutien, thérapie psychodynamique ou cognitive-behaviorale), le second objectif échappe à une approche à court terme basée sur la symptomatologie, ou à une psychothérapie cathartique. En ce qui concerne le troisième objectif, les traitements inspirés par l'approche cognitivo-comportementale peuvent aider à modifier les cognitions conscientes liées à l'agression, mais le sens inconscient sera plutôt abordé par les approches psychodynamiques.

Finalement, il convient de faire preuve de prudence avant de recommander une thérapie de groupe pour des adolescents agressés sexuellement. De plus en plus de recherches démontrent les effets iatrogènes des thérapies de groupe chez les adolescents à risque (Poulin, Dishion et Burraston, 2001), notamment parce que l'identification aux autres membres du groupe est très importante chez les adolescents. Un effet iatrogène possiblement rencontré dans ce type de traitement est d'accentuer une identification à son statut de victime ou encore une identification à un type de stratégie défensive inadaptée adoptée par d'autres jeunes du groupe.

L'expérience et la recherche montrent que l'impact psychologique de l'agression ne peut être conçu comme étant unidimensionnel, prévisible et uniforme. Ne s'inscrivant jamais sur un terrain vierge, l'agression sexuelle touche d'une façon unique et singulière chaque enfant. L'impact psychologique individuel est fonction non seulement du sens inconscient attribué à l'agression et à la place que cet événement occupera dans la psyché de l'individu, mais également de l'état psychologique existant préalablement chez la victime. Quelle que soit la nature de l'agression, le trauma n'est pas le même chez chacun (Casoni, 2002). L'indication d'une psychothérapie pour l'enfant ou l'adolescent victime de sévices sexuels ne peut dès lors être justifiée sans une évaluation rigoureuse de la victime, de ses besoins et de son désir de soins.

C'est d'abord et avant tout sur l'existence d'une condition psychologique problématique que doit se baser l'indication de psychothérapie. Un événement externe, aussi dramatique qu'il puisse être, ne saurait dès lors être associé d'une façon arbitraire avec le besoin de recevoir de l'aide psychologique.

Louis Brunet est psychologue et psychanalyste (Société canadienne de psychanalyse), professeur et directeur des études de cycles supérieurs en psychologie au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Dianne Casoni est psychologue et psychanalyste (Société canadienne de psychanalyse) et professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal.


Référence

1. Selon l'American Humane Society, il y a eu une augmentation de 212 % des signalements de maltraitance envers les enfants entre 1976 et 1986 aux États-Unis (Knutson et Selner, 1994).

Bibliographie

- Badgley, C., Wood, M., et Young, L. (1994). « Victim to abuser : mental health sequels of child sexual abuse in a community survey of young adults males ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 18, n° 8, p. 683-697.

- Beitchman, J. H. *et al.* (1992). « A review of the long-term effects of child sexual abuse ». *Child Abuse and Neglect*, 16, p. 101-118.
- Beitchman, J. H. *et al.* (1991). « A review of the short-term effects of child sexual abuse ». *Child Abuse and Neglect*, 15, p. 537-566.
- Boland, C. (1990). « Self-adoption : a healing process for adult victims of incest and of sexual abuse ». *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 11(2), p. 106-107.
- Casoni, D. (1994). « L'évaluation des allégations d'agressions sexuelles chez les enfants : défis et enjeux ». *Revue internationale de criminologie et de police technique*, XLVII(4), p. 437-447.
- Casoni, D. (1995). « Les indications de psychothérapie pour les enfants agressés sexuellement ». *Psychothérapies*, 15, n° 4, p. 183-191.
- Casoni, D. (2002). « "Never twice without thrice". An outline for the understanding of traumatic neurosis ». *International Journal of Psychoanalysis*, 83 (1), p. 1-22.
- Casoni, D., et Brunet, L. (1990). « Le rôle du psychologue dans un cas d'allégation de sévices sexuels ». *Psychologie Québec*, vol. 7, n° 2, p. 11-13.
- Collins, D., et Gabor, P. (1988). « Helping children with cathartic disclosure of trauma ». *Journal of Child Care*, 3(6), p. 25-38.
- Corder, B., et Haizlip, T. (1989). « The role of mastery experiences in therapeutic interventions for children dealing with acute trauma : Some implications for treatment of sexual abuse ». *Psychiatric Forum*, 15(1), p. 57-63.
- Crowder, A. (1993). « Quand la porte s'ouvre. Modèle du traitement des personnes de sexe masculin qui ont survécu à l'abus sexuel ». Rapport présenté à la Division de la prévention de la violence familiale. Santé et Bien-être Canada, 151 p.
- Cyrlunik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Paris, Odile Jacob.
- Dufour, M. H., Nadeau, L., et Bertrand, K. (2000). « Les facteurs de résilience chez les victimes d'abus sexuels : état de la question ». *Child Abuse and Neglect*, 24, 6, p. 781-797.
- Freud, A., et Dann, S. (1951). « An experiment in group upbringing ». *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, p. 127-168.
- Knutson, J. F., et Selner, B. (1994). « Punitive childhood experiences reported by young adults over a 10-year period ». *Child Abuse and Neglect*, 18(2), p. 155-166.
- McLeer, S. *et al.* (1988). « Post-traumatic stress disorder in sexually abused children ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), p. 650-654.
- Poulin, F., Dishion, T. J., et Burraston, B. (2001). « 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions ». *Applied Developmental Science*, 5, 4, p. 214-224.
- Rose, D. (1986). « "Worse than death". Psychodynamics of rape victims and the need for psychotherapy ». *The American Journal of Psychiatry*, 143, p. 817-824.
- Sagatun, I., et Prince, L. (1988). « Incest family dynamics : Family members' perceptions before and after therapy ». *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 7(2), p. 69-87.
- Schacht, A., Kerlinsky, D., et Carlson, C. (1990). « Group therapy with sexually abused boys : Leadership, projective identification and countertransference issues ». *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, p. 401-417.
- Steele, K., et Colrain, J. (1990). « Abreactive work with sexual abuse survivors : concepts and techniques ». Dans Hunter, M. (éd.). *The Sexually Abused Male*, vol. 1. Lexington, Lexington Books.
- Urquiza, A., et Capra, M. (1990). « The impact of sexual abuse : Initial and long-term effects ». Dans Hunter, M. (éd.). *The Sexually Abused Male*, vol. 1. Lexington, Lexington Books.



ATELIERS SUR L'INTERVENTION EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE DE LA SANTÉ AVEC EMPHASE SUR LA

Douleur chronique

Pourquoi cette clientèle est-elle si rébarbative au traitement conventionnel? Comment comprendre le phénomène douloureux et faire cheminer les patients? Le but de la formation est d'aider le participant à mieux comprendre la douleur chronique et à mieux la traiter. Inspirée du programme de l'Association Internationale pour l'étude de la douleur, la formation comprend 4 ateliers thématiques sur la douleur, un sur le MMPI-2 et un sur la simulation.

Formateurs – Nanon Houle, Ph.D. et Jacques Fournier, M.Fs., psychologues spécialisés dans l'évaluation, le traitement et l'expertise de patients souffrant de diverses conditions douloureuses.

Atelier 1 – Les empreintes organiques de la douleur – 8 avril 2005

- l'anatomie et la physiologie
- concept de sensibilisation centrale
- méthodes analgésiques et leurs mécanismes
- physiologie de l'émotion reliée à la douleur

Atelier 2 – Les troubles douloureux les plus fréquents – 11 mai 2005

- fibromyalgie, dystrophies réflexes, lombalgies et migraines : examen critique
- facteurs modulant la genèse et la perception de la douleur
- philosophie qui doit guider le traitement pluridisciplinaire

Atelier 3 – L'évaluation globale du client – 3 juin 2005

- exploitation des composantes psychologiques, sociales et contextuelles à partir d'études de cas
- les questions qu'on devrait se poser et les réponses auxquelles on devrait s'attendre

Atelier 4 – Le traitement multifactoriel – 30 sept. 2005

- description des étapes du traitement
- reconnaissance et gestion de la résistance thérapeutique
- description de l'approche pluridisciplinaire

MMPI-2 et son utilisation clinique – 27 oct. 2005

- théorie et psychométrie
- description, interprétation et utilisation des échelles de validité
- échelles cliniques, supplémentaires et de contenu

Évaluer la simulation – 10 novembre 2005

- Modèles théoriques et conceptualisation
- Outils pour la détecter, méthodes pour la documenter

Lien : 2609 Ch. de la Côte-St-Catherine, Montréal

Coûts : Ateliers sur la douleur : 275 \$ chacun
MMPI-2 : 400 \$; Simulation : 400 \$

Les frais d'impression incluent la documentation, les pauses-café et le dîner.

Modalités d'inscription : Communiquer avec le bureau

Pour information : Suzanne Bolduc • Téléphone : (514) 731-4146 • Télécopieur : (514) 731-0322 • Courriel : houlen@vidéouton.ca