

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2020

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Indications et contre-indications de la thérapie familiale dans la clinique
de l'inceste**

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 2020 à 17h00

au Pôle Recherche

par Alexandra SARRAZIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Tiphaine SEGURET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AAS	Auteur d'Agressions Sexuelles
AICS	Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel
AVS	Auteur de Violences sexuelles
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMP	Centre Médico-Psychologique
CRIAVS	Centre Ressource pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles
CSP	Comportements Sexuels Problématiques
CSI	Comportements Sexuels Inappropriés
DESNOS	Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
HAS	Haute Autorité de Santé
TSA	Trouble stress aigu
TSPT	Trouble stress post-traumatique

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
I. L'inceste	6
1. Inceste et inconscient collectif : ce que nous apprend la culture	7
A. Etymologie	7
B. Inceste et mythologie	8
a. Mythes gréco-romains	8
b. Mythes étrangers	10
C. Inceste et textes religieux	11
a. Le monde judéo-chrétien	11
b. Le monde musulman	13
D. Inceste et contes	14
a. Contes européens	14
b. Contes étrangers	16
E. Inceste et productions culturelles	17
a. Musique et littérature	17
b. Théâtre et cinéma	21
2. Inceste et inconscient individuel : l'apport de la psychanalyse	23
A. Freud et la théorie de la séduction	23
B. Ferenczi et la séduction traumatique	25
C. La séduction originaire et la symbiose mère-enfant	28
D. L'inceste et l'incestuel	30
E. Inceste et complexe d'Œdipe	31
F. Freud et les origines de l'inceste	33
3. Inceste et humanité : les apports de l'anthropologie	34
A. La prohibition de l'inceste, un interdit universel ?	34
B. La prohibition de l'inceste, le propre de l'homme ?	38
C. Les origines de la prohibition	41
a. Les théories biologiques	41
b. Les théories psychophysiologiques	46
c. Les théories sociales	47
d. L'interdit de l'inceste comme fondateur de la culture	48
e. Les autres apports de l'anthropologie	48
4. Inceste et société : droit et médecine aujourd'hui	50
A. Définition actuelle	50
B. Approche juridique de l'inceste	51
a. La prohibition du mariage	51
b. Les agressions sexuelles	54
i. Définition	54
ii. Le viol	55
iii. Les agressions sexuelles sans pénétration	56
iv. Les autres infractions sexuelles	56
C. Approche médicale de l'inceste	59
a. Les violences sexuelles en médecine	59

b.	Les missions du médecin psychiatre	61
c.	Mécanismes contre-transférentiels	63
d.	Positionnement éthique et idéologique	65
II.	Clinique de l'inceste	67
1.	L'évènement inceste.....	67
A.	Epidémiologie des violences sexuelles et incestueuses	67
a.	Agressions, plaintes et condamnations.....	67
b.	Epidémiologie des violences sexuelles incestueuses.....	69
c.	Statut des victimes.....	72
B.	Psychotraumatisme	74
a.	Définition de l'évènement traumatique	74
b.	Typologie des traumatismes	75
c.	Généralités sur la victime	79
2.	Clinique de l'inceste en victimologie	81
A.	La dissociation	81
a.	Dissociation péri-traumatique.....	81
b.	Mécanismes neurobiologiques de la dissociation	82
i.	Réponse physiologique à un stress	82
ii.	Réponse pathologique à un stress	86
c.	Dissociation post-traumatique.....	87
B.	Des signes d'appel aux symptômes aspécifiques	89
a.	Signes d'appel.....	89
b.	Symptômes fréquents et leurs spécificités	90
i.	La sexualisation	90
ii.	La blessure narcissique.....	90
iii.	La pseudo-maturité.....	93
c.	Importance des conduites dissociantes	93
d.	Synthèse des symptômes rencontrés.....	95
C.	Des conséquences à long terme.....	97
a.	Structures de personnalité.....	97
b.	Rôle dans l'émergence d'autres pathologies	99
c.	Impact sur la parentalité	100
d.	Impact sur la sexualité.....	100
3.	De la victime à l'agresseur : la transmission des violences sexuelles intrafamiliales	102
A.	Un environnement primaire défaillant	102
B.	Génétique et épigénétique.....	103
C.	Autres phénomènes favorisant les abus sexuels transgénérationnels 106	
a.	Le phénomène d'identification à l'agresseur	106
b.	Les autres phénomènes transgénérationnels	107
4.	Clinique de l'inceste en agressologie.....	108
A.	Démarche diagnostiques auprès des auteurs de violences sexuelles intrafamiliales.....	108
a.	Généralités sur l'évaluation	108
b.	Inceste et pédophilie.....	110
c.	Populations spécifiques	112
i.	Les auteurs mineurs	112
ii.	Le handicap mental.....	113
iii.	Les addictions	114
iv.	Les démences	115
B.	Aspects neurocognitifs	115

C.	Aspects psychodynamiques	119
a.	Eléments de personnalité	119
b.	Mécanismes de défense	120
i.	Clivage.....	120
ii.	Déni.....	120
iii.	Projection.....	121
c.	Failles narcissiques	125
d.	Une pathologie du lien.....	125
i.	La relation d'emprise	125
ii.	Sadisme et paradoxe.....	127
iii.	Fusion et contrôle	127
iv.	Le choix de la victime	129
D.	Le passage à l'acte incestueux	130
a.	L'agression comme solution défensive	130
b.	La question du sexuel.....	130
c.	Typologie des passages à l'acte	131
5.	Clinique de l'inceste et famille.....	133
A.	Description des familles incestueuses	133
a.	Typologies familiales	133
i.	Les limites des typologies familiales.....	133
ii.	Les différentes typologies familiales.....	135
b.	Caractéristiques des familles incestuelles et incestueuses	138
c.	Rôle des membres non abuseurs	140
i.	Le parent non abuseur.....	140
ii.	La fratrie.....	143
iii.	L'environnement et le dévoilement	144
B.	Les différentes configurations incestueuses	145
a.	L'inceste père-enfant	145
i.	Epidémiologie.....	145
ii.	Typologie.....	146
b.	L'inceste mère-enfant	149
i.	Epidémiologie.....	149
ii.	Psychopathologie de la mère auteure	150
iii.	Typologie	151
iv.	Inceste mère-fils.....	153
v.	Inceste mère-fille	154
c.	L'inceste adelphique	155
i.	Epidémiologie.....	155
ii.	Typologie.....	157
d.	Inceste extranucléaire et définition de l'inceste en médecine	160
6.	Synthèse.....	162
A.	Facteurs de risque de violence sexuelle intrafamiliale	162
B.	Caractéristiques et facteurs de sévérité	165
C.	Adresser une demande de thérapie familiale	167
III.	Thérapie familiale et inceste	179
1.	Envisager la prise en charge	180
A.	Du point de vue soignant.....	180
a.	L'intérêt de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste.....	180
b.	Le positionnement de la thérapie familiale	185
i.	Objectifs individuels et collectifs.....	185
ii.	Entretiens familiaux et thérapie familiale	186
c.	Résistances propres aux soignants	187

B.	Du point de vue des patients.....	189
a.	Résistances propres aux familles.....	189
b.	La question de la demande	190
C.	Des soins contraignants aux soins contraints	194
2.	Les écueils de la thérapie familiale	197
A.	Les particularités de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste 197	
B.	Les difficultés de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste.	202
a.	Ecueils d'ordre général.....	202
i.	La motivation et le consentement.....	202
ii.	La question de la séparation	203
iii.	Les rapports médecine – justice.....	204
iv.	La reconnaissance des faits et des responsabilités	209
b.	Ecueils cliniques	211
i.	Les relations d'emprise	211
ii.	La résurgence traumatique	214
iii.	L'élaboration.....	215
iv.	La sexualité et l'intimité.....	218
3.	Synthèse.....	221
A.	Les conditions de la thérapie familiale.....	221
a.	La nécessité d'une approche individuelle préalable.....	221
b.	Le respect des différentes temporalités.....	222
c.	La formation des professionnels	226
B.	Les modalités de la thérapie familiale	227
a.	Les dispositifs	227
b.	La mise en place.....	230
i.	Evaluation	230
ii.	Configuration.....	230
iii.	Une thérapie dynamique.....	232
c.	Objectifs, indications et contre-indications.....	232
i.	Préalables nécessaires	232
ii.	Objectifs poursuivis	233
iii.	Contre-indications	235
	Conclusion.....	237
	Références bibliographiques	240
	Annexes	251

RESUME

L'inceste et sa prohibition apparaissent comme des notions complexes qui ne supportent de définition qu'à travers les différents champs qui l'ont étudié. L'inceste caractérise par ailleurs une importante part des agressions sexuelles commises dans notre pays, participant à l'émergence de nombreux troubles psychiatriques.

Dans une première partie, afin de mieux appréhender le concept même d'inceste, nous examinerons comment il envahit les inconscients collectifs - dans les mythes, les religions, les contes et autres productions culturelles - ainsi que les inconscients individuels - en particulier au travers de la psychanalyse.

L'anthropologie, les sciences génétiques et l'éthologie nous permettront à leur tour d'approfondir notre compréhension de la prohibition de l'inceste, un phénomène qui s'avèrera universellement partagé sans jamais s'énoncer uniformément à travers les époques et les cultures. Nous verrons comment la médecine elle-même se trouve régulièrement confrontée à la question de l'inceste, et la psychiatrie en particulier, nécessitant l'adoption d'un certain positionnement éthique et idéologique.

Après ce détour conceptuel et transdisciplinaire, nous retrouverons les sciences médicales pour une revue de la littérature. Nous nous attellerons dans cette deuxième partie à circonscrire les manifestations cliniques observées chez les patients qui ont été confrontés à l'inceste et aux violences sexuelles intrafamiliales : les victimes, les auteurs, ainsi que leur famille. Cette dernière entité, du fait de sa polysémie, nous conduira à proposer une contribution de la médecine à la définition

de l'inceste. A l'issue de cet exposé clinique, nous présenterons une synthèse des principales caractéristiques cliniques qui gravitent autour de cette notion, dans le but de donner quelques repères au clinicien, et de constituer ce qui pourra inspirer un objet de liaison en vue d'orienter ces patients à des thérapeutes familiaux.

Une fois cette synthèse réalisée, nous chercherons dans une troisième et dernière partie à délimiter la place de la thérapie familiale dans la prise en charge de ces patients. Après avoir examiné les intérêts et les écueils d'une telle prise en charge, nous tenterons de poser les indications et les contre-indications de la thérapie familiale dans les situations impliquant l'inceste en illustrant notre propos de cas cliniques rencontrés au cours de notre internat.

INTRODUCTION

Que l'inceste existe à l'état de possibilité omniprésente dans la sensibilité humaine, attirante pour les uns, révoltante pour les autres, le mythe, la légende, l'obscur cheminement des songes, les statistiques des sociologues et les faits divers en font preuve. Peut-être pourrait-on dire qu'il est vite devenu pour les poètes le symbole de toutes les passions sexuelles d'autant plus violentes qu'elles sont plus contraintes, plus punies et plus cachées. En effet, l'appartenance à deux clans ennemis, comme Roméo et Juliette, est rarement sentie dans nos civilisations comme un obstacle insurmontable ; l'adultère banalisé a, de plus, perdu beaucoup de ses prestiges par la facilité du divorce ; l'amour entre deux personnes du même sexe est en partie sorti de la clandestinité. L'inceste seul demeure inavouable, et presque impossible à prouver là même où nous le soupçonnons d'exister. C'est contre les falaises les plus abruptes que se lance le plus violemment la vague.

Marguerite Yourcenar

Les violences sexuelles intrafamiliales sont parmi les événements les plus traumatogènes. Cela ne nous surprendra pas ; ces violences s'attaquent à deux sphères intimes de l'individu : la sexualité, d'une part, et les liens familiaux, d'autre part. Par là-même, elles nous convoquent deux fois : par le corps et par l'esprit. La famille, dont nous osons espérer qu'elle constitue une enveloppe sécurisante pour l'enfant, un tuteur à partir duquel constituer son rapport au monde, un refuge en cas de déroute, devient alors le terrain de la destructivité. Ce n'est pas seulement que la

famille ne protège pas du saccage : elle devient le saccage même. Et la menace couve, de l'intérieur, parfois au travers des générations successives.

Les violences incestueuses produisent des victimes qu'il n'est pas toujours aisé d'identifier et qui ne sont pas toujours reconnues. En fait, elles font des victimes innombrables : ses acteurs, leurs témoins, leurs proches, et peut-être même l'humanité toute entière. Parce que de telles violences transgressent un interdit fondamental, la prohibition de l'inceste. Quand tout s'emmêle, tout le monde s'en mêle : la religion, l'art, le droit et bien sûr la médecine. Les rapports incestueux, les agirs comme les relations, hantent les consciences individuelles et collectives depuis toujours. L'inceste tour à tour fascine, trouble, dégoûte, révolte. En tant que professionnel de la santé psychique, il nous faudra nous positionner, dans ce rôle qui nous échoie d'identifier les mécanismes qui favorisent de tels passages à l'acte, de prendre en charge leurs conséquences psychotraumatiques et, parfois même, d'évaluer les risques de récurrence.

L'inceste se présente au psychiatre sous de multiples formes. Ce dernier le rencontre à travers des patients en population pédiatrique comme adulte, à travers les agresseurs et les agressés, un patient en demande d'aide ou contraint de consulter, au détour d'un symptôme ou d'une personnalité constituée. Ses conséquences psychopathologiques sont vastes, tant par leur prévalence, leur variété que leur gravité. Les configurations des relations incestueuses, elles aussi, apparaissent multiples, ainsi que les enjeux relationnels et individuels qui les sous-tendent. Même les discours sur l'inceste sont pluriels : il n'est pas une discipline qui n'ait pas tenté de le définir, et pas deux qui s'entendent à son sujet. L'inceste n'a pas d'absolu, sinon celui d'imprégner toute la vie humaine, et peut-être même une grande partie du monde vivant. Répondant à différentes lois selon le cadre à partir

duquel on l'appréhende, l'interdit de l'inceste sera nécessairement l'objet d'interprétations variées, et parfois le soignant devra se confronter à la banalisation de sa transgression ou à sa légitimation, quand ce n'est pas à son déni.

Le professionnel de santé devra donc faire face à un certain trouble, qui couve lui aussi, puisqu'il doit affronter un concept à la définition complexe, dont le fond résonne en ce qu'il y a de plus fondamental en lui - son humanité - mais dont la forme aussi sera souvent pourvoyeuse de confusion. Un degré supplémentaire de difficulté s'ajoute si on se demande : après ces agirs réalisés *sur* nos patients, *par* nos patients et *parmi* nos patients, *dans* la famille, *par* la famille, parfois *pour* la famille, devons-nous travailler *avec* ou *sans* la famille de nos patients ? Pour répondre à toutes ces questions, et pour être en mesure d'y faire face, le soignant aura intérêt à bien maîtriser son sujet s'il ne veut pas voir l'inceste se jouer de lui, ou se rejouer devant lui, et s'engouffrer dans la moindre faille.

C'est devant la nécessité de bien comprendre ces enjeux que, dans une première partie, nous chercherons à comprendre la notion d'inceste et la réalité de sa prohibition, ainsi qu'à identifier la place que tient la médecine dans notre société relativement à cette problématique. Ensuite, nous tenterons de décrire ses différentes manifestations cliniques en examinant les phénomènes psychopathologiques observés chez les victimes, chez les auteurs et dans les familles frappées ou hantées par l'inceste. Nous nous demanderons dans une troisième et dernière partie quelle place peut tenir la thérapie familiale dans ces situations et après avoir examiné ses intérêts et ses écueils, nous tenterons de poser les indications et les contre-indications à la mise en place de la thérapie familiale en cas d'inceste et de violences sexuelles intrafamiliales.

I. L'INCESTE

*Il sent qu'elle est en train de le dévorer
par le fait même qu'elle demande à être dévorée par lui*

*Deux êtres qui, au départ,
désirent dévorer et être dévorés
sont en train de dévorés et d'être dévorés.*

*Elle est dévorée, par le fait qu'il est dévoré par
son dévorant désir, à elle, d'être dévorée
Il est dévoré par le fait qu'elle est dévorée
par le fait qu'il ne la dévore pas*

*Il est dévoré
par sa propre crainte d'être dévoré*

*Elle est dévorée
par le désir qu'elle a d'être dévorée*

*Sa crainte (à lui) d'être dévoré
naît de sa crainte d'être dévoré par le fait qu'il dévore
Son désir (à elle) d'être dévorée
naît de la crainte qu'elle a de son désir (à elle) de dévorer*

Ronald David Laing - Nœuds.

1. Inceste et inconscient collectif : ce que nous apprend la culture

A. Etymologie

Les premières occurrences du mot inceste sont retrouvées dans des écrits religieux vers 1350 (1). Ce terme provient de l'association des deux formes latines *in* et *cestus*. La préposition *in* peut être comprise comme ablatif (dedans) ou comme accusatif (contre). Le suffixe *cestus* quant à lui désignait la chasteté, l'innocence, la pureté. Au Moyen-Âge, le dérivé *castus* désignait également la loi, le règlement religieux. L'inceste constituait donc littéralement un acte qui va à l'encontre des préceptes édictés par les prêtres tout en qualifiant un état d'impureté (2).

Le terme latin *cestus* est lui-même hérité du grec *κεστος* (*kestos*), souvent traduit par le ceston ou la ceinture (3). Il était employé pour désigner la ceinture de Vénus, *cestum veneris* en latin. Selon la mythologie, la déesse romaine Vénus qui correspond à Aphrodite dans les mythes grecs avait reçu de Jupiter deux cadeaux de mariage : une ceinture et un miroir. Le premier avait le pouvoir d'apporter le charme et les traits séducteurs à qui le portait. C'est ainsi qu'avec l'aide de cet attribut la déesse de l'amour parvenait à séduire ceux qu'elle rencontrait, les hommes comme les dieux. Le mythe raconte même que Vénus avait prêté sa ceinture à la déesse Héra pour l'aider à raviver l'amour de son époux volage (4).

Enfin, la racine *kak* dont dérive le *kestos* grec se retrouve dans le sanskrit *kaksa* qui désignait une tanière, des broussailles ou la savane mais aussi les aisselles et par extension les sous-vêtements et la ceinture. L'expression *kaksikr*, littéralement *mettre sous l'aisselle*, signifiait accepter, admettre (5).

Ainsi, le détour étymologique fait, nous comprenons que l'inceste trouve ses

origines sémantiques dans la séduction, les attraits qu'il faut dissimuler, la pureté qui n'a pas été préservée tout en désignant ce qui n'est pas admis, ce qui est interdit. Le concept d'inceste, comme nous le verrons, n'est pas aisé à définir et on retrouve cette difficulté dans toute sa subtilité étymologique. Pour Bergeret, l'étymologie correspondrait à « la langue fondamentale de l'inconscient collectif » (6). Pour comprendre ce que véhicule ce concept dans les différentes cultures, réalisons dans un premier temps un détour vers les croyances mythologiques qui ont accompagné l'humanité.

B. Inceste et mythologie

a. Mythes gréco-romains

Pour Gaston Bachelard, « les mythes et les légendes nous dévoilaient les passions radicales du cœur humain » (7). Et Paul Diel d'ajouter qu'ils constituent « une création collective du rêve surconscient de la vérité », « une sorte d'observation intime », « préconsciente » (7). Selon cet auteur, les récits mythiques sont à entendre au-delà des aventures qu'elles racontent et reflètent la conscience humaine dans ses couches les plus profondes : les mythes « loin d'être des documents surannés et des fabulations arbitraires, doivent contenir une signification d'ordre psychologique et de portée toujours actuelle » (7).

L'inceste est un thème omniprésent dans les récits mythologiques. On le retrouve en particulier dans le récit des origines du monde. Ainsi, dans la mythologie grecque, le ciel et la terre, Ouranos et Gaia, sont les premiers parents : ils donneront naissance aux Titans qui à leur tour enfanteront les Dieux. Zeus fait partie de ces derniers. Il est le fils des titans Cronos et Rhéa qui sont donc frère et sœur ; Zeus épousera lui-même sa sœur Héra, s'inscrivant ainsi dans une filiation doublement

incestueuse.

La religion gréco-romaine contient de nombreuses autres relations entre apparentés : on peut citer notamment Phèdre et son amour pour son beau-fils Hippolyte, ou encore le célèbre mariage entre Œdipe et sa mère Jocaste. Ces unions connaissent généralement une fin tragique comme c'est le cas pour les enfants du dieu Eole, Canacé et Macarée, qui se voient contraints par leur père de se suicider après avoir consommé leur inceste (4).

Pour Paul Diel, ces unions divines doivent nous amener à nous interroger sur les désirs et les comportements humains, « les intentions symboliques des divinités n'étant que la projection des intentions réelles de l'homme » (7). En effet, cet auteur voit dans les mythes à la fois le thème métaphysique de « la cause première de la vie » et le thème éthique de « la conduite sensée de la vie » (7). Outre la quête des origines, les mythes permettraient ainsi de refléter les traits les plus obscurs de l'être humain, tout en lui apportant une réponse sur ce que doit être sa conduite parmi ses semblables, dans une dimension à la fois morale et médicale : « Le thème mythique, en comprenant le fonctionnement malsain du psychisme comme une déviation par rapport au sens de la vie, est nécessairement apparenté au problème psychothérapeutique, tout en le dépassant de loin, du moins tel que le comprend la médecine psychiatrique en général. » (7). Ainsi, la présence de l'inceste dans les mythes étant le plus souvent associée à une punition divine ou provoquée par le destin, la mythologie interviendrait pour prévenir l'homme des risques que lui fait encourir la réalisation de tels désirs. Dans une double logique déontique et déontologique, la mythologie reflèterait à la fois ce qui est - des désirs humains pathologiques et moralement condamnables - et ce qui devrait être - une absence d'unions incestueuses.

b. Mythes étrangers

Le thème de l'inceste n'est néanmoins pas l'apanage de la mythologie grecque et apparaît plutôt universel dans les récits mythiques et légendaires. Ainsi, en Mésopotamie, la déesse Ishtar, personnalité féminine la plus importante du panthéon assyro-babylonien, déesse de l'amour et de la guerre, est la femme de son frère Tammuz qu'elle sacrifie après sa descente aux enfers (8). En Inde, Sarasvati, une des grandes déesses du panthéon hindou, représentante de la science et des arts est, à la fois, l'épouse de Brahma, le dieu créateur du monde, et sa sœur ou sa fille, selon les textes. Certains mythes expliquent la naissance de Sarasvati par scissiparité de l'œuf de Brahma, ce phénomène de parthénogenèse n'étant pas rare dans les récits mythiques. Selon la légende, Brahma serait tombé amoureux de sa propre création et se serait fait pousser cinq têtes pour pouvoir la contempler et la surveiller en permanence (9). Au Japon, dans la mythologie shinto, Izanagi, l'Homme primordial, et Izanami, la Femme primordiale, sont nés des dieux primitifs. Le frère et la sœur sont chargés de créer la première terre. Ils inventent le rituel nuptial, et donnent naissance à Hiruko, être difforme appelé l'Enfant-Sangsue, placé par ses parents dans une barque et confié à la mer. C'est ainsi que de leur union seraient nées les grandes îles de la chaîne japonaise (10). La mythologie égyptienne compte également de nombreuses unions incestueuses, comme Isis et Osiris, pharaons frère et sœur dont le fils Horus est célèbre pour sa représentation d'homme à tête de faucon. Le mythe dit qu'Horus a ensuite lui-même consommé l'inceste avec sa mère (11). Dans la mythologie africaine, chez les dogons, un peuple malien, on dit que le dieu Ogo, faute de parvenir à posséder sa jumelle, féconde sa mère la terre (12). Chez les Maoris, Tane, fils du ciel et de la terre, s'unit à ses deux filles. Enfin, dans la mythologie irlandaise, Cuchulainn est le fils du roi Conchobar Mac Nessa et de sa

sœur Deichtire (13). Nous pouvons donc constater que la thématique de l'inceste est présente par-delà les frontières occidentales. Elle habite les récits religieux et mythiques de l'humanité à des époques et en des lieux forts éloignés, mais également les grandes religions monothéistes de notre monde.

C. Inceste et textes religieux

a. Le monde judéo-chrétien

Dans une interview accordée au journal Le Temps en mars 2000, la psychanalyste Marie Balmory déclare : « Il y a en tout cas la même densité de sens, exigeant un long déchiffrement, dans les mythes bibliques, comme dans d'autres grands mythes de l'humanité, tel celui d'Œdipe, que dans les rêves. Mais dans la Bible, il n'y a pas que des mythes, il y a aussi de quoi émerger des mythes. Les textes bibliques sont des textes pour éveiller et guérir. » (14).

La Bible prescrit la prohibition de l'inceste entre apparentés comme l'indique le Lévitique 18-6 : « *Nul de vous ne s'approchera de sa parente, pour découvrir sa nudité. Je suis l'Éternel.* » (**Annexe 1**). Les versets suivants du chapitre 18 du Lévitique précisent les liens de parenté qui interdisent les rapports entre l'individu et :

- son père et sa mère (Verset 7) mais aussi la femme du père et le mari de la mère (Verset 8),
- son frère et sa sœur qu'ils aient le même père et/ou la même mère (Versets 9, 11) ainsi que leurs époux (Verset 16)
- ses oncles et ses tantes ainsi que leurs époux (Versets 12, 13, 14)
- ses enfants et les époux des enfants, ainsi que ses petits-enfants (Versets 10, 15)
- une femme et sa propre fille, sa belle-fille ou sa petite-fille (Verset 17)
- les frères et les sœurs de son époux (Verset 18).

On retrouve donc des liens de parenté direct, mais aussi des liens par alliance, ce qui s'explique par le fait que mari et femme ne forment plus qu'un après leur mariage (Genèse 2-24) : « *l'homme quittera son père et sa mère, et s'attachera à sa femme, et ils deviendront une seule chair.* ».

Pourtant, on retrouve chez les personnages bibliques eux-mêmes des généalogies et des unions que l'on peut qualifier d'incestueuses selon la définition donnée ci-dessus. Ainsi, le chapitre 19 de la Genèse raconte l'histoire des filles de Lot qui, vivant dans une zone isolée après la destruction de Sodome et Gomorrhe, parviennent à enivrer leur père et tombent enceinte de lui, ceci afin de conserver « la race de (leur) père » (Genèse – 19 – 30 à 38). Le chapitre 38 de ce même livre raconte comment Juda a des rapports avec sa belle-fille Tamar, qu'il prend pour une prostituée (Genèse – 38 – 6 à 18). Amnon, fils de David, attire sa sœur Tamar chez lui prétextant d'être malade, et lui fait subir un viol (2 Samuel – 13). Absalon, lui, conquiert les épouses de son père David (2 Samuel – 16 – 20). Selon certaines interprétations, Sarah est la demi-sœur paternelle de son époux Abraham (Genèse – 20 – 12) bien que celle-ci soit considérée comme la nièce d'Abraham par la littérature rabbinique. Les filles de Tselophchad - Machla, Thirtsa, Hogla, Milca et Noa - ont quant à elles épousé des apparentés pour obéir au commandement du Seigneur, leurs cousins du côté de leur père (Nombres – 36 – 11). Néanmoins, nul inceste au sens biblique du terme ici puisque les unions entre cousins ne sont pas frappés d'interdit selon ce texte sacré.

Concernant le judaïsme, la Torah comprend le Lévitique puisqu'il appartient au Premier Testament, et prescrit donc le même interdit de l'inceste. Celui-ci est également traité dans le Talmud qui définit le terme *mamzer*, appliqué aux descendants d'unions illicites spécifiques, en particulier incestueuses.

b. Le monde musulman

Le Coran décrit les femmes avec lesquelles le mariage est prohibé pour les musulmans, à la sourate IV *An-nisa'a*, verset 22-23 :

« Vous sont interdites vos mères, filles, sœurs, tantes paternelles et tantes maternelles filles d'un frère et filles d'une sœur, mères qui vous ont allaités, sœurs de lait, mères de vos femmes, belles-filles sous votre tutelle et issues des femmes avec qui vous avez consommé le mariage ; si le mariage n'a pas été consommé, ceci n'est pas un péché de votre part ; les femmes de vos fils nés de vos utérus ; de même que deux sœurs réunies — exception faite pour le passé. Car vraiment Dieu est pardonneur et Miséricordieux. ».

En ligne collatérale, l'interdiction touche les frères et sœurs, nièces et oncles, neveux et tantes. Néanmoins, le mariage est permis entre cousins. Les prohibitions résultant de la parenté du lait sont les mêmes que celles de la parenté consanguine ou de l'alliance.

Concernant la parenté adoptive, le Coran admet le cas de Mahomet qui a épousé Zyneb, la femme de son fils adoptif, selon la sourate XXXIII *Al Ahzab* verset 37 :

« Quand tu disais à celui qu'Allah avait comblé de bienfaits, tout comme toi-même l'avais comblé : « Garde pour toi ton épouse et crains Allah », et tu cachais en ton âme ce qu'Allah allait rendre public. Tu craignais les gens, et c'est Allah qui est plus digne de ta crainte. Puis quand Zayd eut cessé toute relation avec elle, nous te la fîmes épouser, afin qu'il n'y ait aucun empêchement pour les croyants d'épouser les femmes de leurs fils adoptifs, quand ceux-ci cessent toute relation avec elles. Le commandement d'Allah doit être exécuté. ».

On retrouve donc au sein des trois grandes religions monothéistes la prescription de différents interdits concernant les unions entre homme et femme bien que, à

l'image de ce que l'on retrouve dans les mythes, les récits sacrés sont parsemés de personnages qui ne les respectent pas. Une fois encore, la règle est présente et côtoie des exemples qui illustrent sa transgression.

D. Inceste et contes

a. Contes européens

Les contes peuvent être considérés comme un autre produit de l'inconscient collectif. Comme les mythes, ils sont souvent le résultat d'un récit ayant survécu aux siècles grâce à la transmission orale. Ils agiraient « intensément sur le psychisme de l'enfant [...] par une similarité secrète avec des craintes et des désirs inconscients » (15). Selon Bruno Bettelheim, « le conte de fée dit à l'enfant comment il peut vivre avec ses conflits » (16). A cet égard, plusieurs contes semblent traiter de l'inceste. On peut citer parmi eux l'histoire de *Blanche Neige*, rendue célèbre par les frères Grimm, qui - en regard de l'histoire d'Œdipe - fait de l'enfant un rival pour l'un des deux parents : comme Laïos tente de sacrifier Œdipe devant la menace qu'il incarne, la reine ordonne que Blanche Neige soit tuée, craignant que sa beauté ne lui fasse de l'ombre (17).

Peau d'Âne, le célèbre conte de Charles Perrault, raconte les désirs d'un roi veuf incestueux et les stratagèmes de l'héroïne pour lui échapper : « *L'Infante seule était plus belle*

Et possédait certains tendres appas

Que la défunte n'avait pas.

Le Roi le remarqua lui-même

Et brûlant d'un amour extrême

Alla follement s'aviser

Que par cette raison

il devait l'épouser.

Il trouva même un Casuiste

Qui jugea que le cas se pouvait proposer.

Mais la jeune Princesse triste

D'ouïr parler d'un tel amour,

Se lamentait et pleurait nuit et jour » (18)

Bruno Bettelheim écrira à propos de *Peau d'âne* : « *l'héroïne se déguise et s'avilit pour échapper à l'inceste* » (19). Les vellétés du père apparaissent comme le résultat d'un « désir criminel » comme le qualifie la narration (18), signifiant à l'enfant à qui se destine le conte le caractère inacceptable d'un tel désir. Là encore, le message du conte est clair : si l'enfant est considéré comme un potentiel rival ou comme un partenaire sexuel, il existera un dénouement tragique. Les difficultés œdipiennes seront combattues par le héros de l'histoire avec courage et persévérance afin qu'advienne une résolution empêchant l'union incestueuse. Ainsi, la reine de Blanche-Neige sera condamnée à danser avec des souliers de fer brûlant jusqu'à ce que mort s'en suive (17). A son tour, « le conte nous dit que si nous ne réfréons pas nos passions incontrôlées, elles finiront par nous détruire » (16). Mais pour Michèle Aquien, *Peau d'âne* traiterait davantage du complexe d'Œdipe que de l'inceste : il s'agirait d'un déplacement du désir œdipien inconscient et refoulé de la fille projeté sur le père, à l'image de ce qui se produit dans le rêve selon Freud (20). Parce qu'elle désire épouser le père et que celui-ci lui est interdit, l'enfant devra quitter le foyer à la recherche de celui qui lui apportera ce que son père ne peut lui donner. Cette prescription d'exogamie n'est pas sans rappeler la prescription biblique citée ci-dessus (Genèse 2-24). Quelle qu'en soit l'interprétation, le conte vient poser l'interdit de l'inceste, qu'un tel désir puisse émaner du parent ou de l'enfant.

b. Contes étrangers

A nouveau, nos recherches nous conduisent à retrouver le thème de l'inceste au-delà de la culture occidentale. *La chiquita* est un conte d'Amérique du Sud dans lequel un enfant naît d'une relation entre un père et sa fille. La naissance du garçon, d'abord dissimulée, est dévoilée par les miaulements incessants des chats de la ville, représentants du Diable sur Terre. La grand-mère de l'enfant le conduit à l'église pour le faire baptiser, mais à peine la porte franchie, le nourrisson décède. La gravité de la faute commise par le couple incestueux entraîne le châtement de mort (21).

Un conte joola du Sud du Sénégal narre l'histoire d'Ebréma, un garçon dont la petite amie Dala ressemblait beaucoup à la sœur du protagoniste, appelée Dandan. Ebréma avait pris l'habitude, à chaque fois qu'il avait besoin de voir Dala, d'envoyer sa petite sœur Dandan. Un jour, cette dernière qui était amoureuse de son frère emprunta à Dala ses habits et se fit passer pour elle. La ressemblance était telle que le garçon ne remarqua pas le subterfuge et eut des rapports avec sa petite sœur qui tomba enceinte de lui (22).

Prince Daniel, mots de miel est un conte russe traditionnel, recensé par Alexandre Afanassiev. Un prince reçoit l'ordre de sa mère de n'épouser une jeune femme qui si cette dernière peut enfile à son doigt un anneau donné par une maléfique sorcière. La sœur du prince apparaît la seule femme du royaume à même de porter l'anneau, et le frère décide donc de l'épouser. Au moment de consommer leur union, la jeune femme retarde le moment fatidique, et parvient, grâce à des poupées magiques, à se dérober. Après plusieurs péripéties pour échapper à la sorcière, elle présente à son frère sa nouvelle amie, à qui sied l'anneau. Chacun peut ainsi se marier de son côté, trouver le bonheur et contourner l'inceste. Son évitement

ici exige des protagonistes un long et difficile parcours, mais il leur donne l'accès à une vie heureuse (23).

Au Vietnam, le conte de *Cam et Tam*, dont la proximité avec l'histoire de Cendrillon est tout à fait édifiante, est connu de toutes les petites filles. Tam est l'objet de la jalousie de sa belle-mère et de la fille de cette dernière, Cam. Celles-ci vont chercher à lui nuire, jusqu'à l'assassiner par noyade. Renaissant tour à tour en oiseau, en arbre et en fruit, Tam rencontre l'amour d'une mère qui, en dépassant la relation précœdipienne et en respectant l'interdit de l'inceste mère-fille, va permettre à l'héroïne d'assumer pleinement sa féminité. Pour se venger, Tam assassine Cam et fait de sa chair un *mam*, une sauce qu'elle donne à manger à la mère de cette dernière. Comprenant qu'elle a mangé sa propre fille, la belle-mère de Tam tombe raide morte (24). Le rapport sexuel est ici assimilé au cannibalisme, et c'est le mélange des corps entre apparentés qui apparaît insupportable, destinant les protagonistes au malheur ou à la mort, tandis que ceux qui lui échappent vivent prospères et épanouis.

Une fois encore, l'évocation de l'inceste s'accompagne de son interdit, de sa transgression et des conséquences de celle-ci. A l'instar des mythes et des textes sacrés, le traitement de l'inceste apparaît parfois assez cru, mais fait souvent l'objet de déplacements, les rendant plus opaques à la conscience. La thématique de l'inceste semble traitée différemment dans les productions culturelles occidentales, où elle est utilisée de diverses manières dans les trames narratives, plus ou moins explicites à son sujet.

E. Inceste et productions culturelles

a. Musique et littérature

Nous pourrions multiplier les exemples qui témoignent de l'imprégnation culturelle du thème incestueux. La littérature en regorge. Pour n'en citer que quelques-uns, *Lolita* de Nabokov met en scène l'obsession d'un homme pour sa belle-fille : « *D'emblée, nous fûmes passionnément, gauchement, scandaleusement, atrocement amoureux l'un de l'autre.* » (25). Publié dans les années 1950, ce livre, a été l'objet de censures à travers les cinq continents, jugé trop sulfureux et contraire à la morale. Quoi que dans cette histoire, le protagoniste Humbert Humbert doive finalement rendre des comptes à la justice américaine pour avoir assassiné l'époux de celle qu'il a aimé, le roman s'attarde à décrire la passion dévorante d'un homme vouée à une jeune adolescente pour laquelle il incarne une figure paternelle. Loin de poser l'interdit d'un tel amour, Nabokov fait de son œuvre une véritable catharsis du désir incestueux. Avant lui, le marquis de Sade, entre autres artistes, abordait l'inceste dans ses dimensions érotiques.

Mais la plus grande partie de la littérature associera l'inceste à un dénouement dramatique. Dans *Anna, soror...*, Marguerite Yourcenar met en scène l'histoire d'un amour entre un frère et une sœur à Naples au XVIIe siècle. Ce dernier finira par se donner la mort : « *N'ayant plus rien à attendre de la vie, il se lançait vers la mort comme un achèvement nécessaire.* » (26).

Ma mère, de Georges Bataille, traite d'une relation mère-fils incestueuse dans laquelle le fils, Pierre, se retrouve esclave de l'univers maternel. Celle-ci finira également par se suicider : « *Nous avons été un peu loin, disait-elle, et si loin qu'à présent je ne puis plus te parler comme une mère. Ce n'est pas seulement de souffrance et de gémissement qu'il s'agit, mais du joyeux délire qui nous portait quand les mains dans les mains nous nous regardions... Ce qui te lie à moi, ce qui me lie à toi, est désormais lié jusqu'à l'intolérable et nous sommes séparés par la*

profondeur de ce qui nous lie. » (27).

Philippe Roth évoque un inceste plus latent dans Portnoy et son complexe, dans lequel le protagoniste Alex doit faire face à l'amour monstrueux et intrusif de sa mère : « *Qui va rester avec maman pour toujours, toujours ? Moi. Qui va avec maman dans ce vaste monde partout où maman va ? Moi bien sûr [...] Et les bas. Plus de vingt-cinq ans ont passé (le jeu est censé être terminé !) mais maman attache encore ses bas devant son petit garçon. Aujourd'hui toutefois, il prend sur lui de regarder de l'autre côté quand le drapeau monte en flottant le long du mât et pas uniquement par souci de sa santé mentale personnelle. C'est la vérité, je détourne les yeux, non pas pour moi, mais par égard pour ce pauvre homme, mon père ! [...]* » « *Pourquoi est-ce que tu regardes ailleurs ? » demande ma mère amusée tout en redressant les coutures de ses bas, « on croirait que je suis une fille de vingt ans, on dirait que je n'ai pas torché ton derrière et embrassé ton petit robinet pendant tant d'années. » » (28). L'inceste apparaît tour à tour sublime, tragique, pathétique. Et la littérature semble l'avoir exploré sous toutes les coutures, ce qui a pu faire débat au sein des milieux littéraires.*

Dans les suites des mouvements sociaux de mai 68, la question de l'inceste n'échappera pas au débat sur la libération sexuelle. De nombreux auteurs des années 70 et 80 se défendront d'écrits scandaleux au nom de la libération sexuelle d'une part, et sous prétexte de sublimer des passions interdites, comme la pédophilie et l'inceste, d'autre part. Au début des années 80, les écrivains Yves le Bonniec et Claude Guillon, dans leur *Guide à l'usage des 10/18 ans* tiennent ce discours : « Ce qui nous gêne dans le viol incestueux, c'est le viol, pas l'inceste. L'amour entre parents et enfants, ça peut être doux et libre aussi. Le seul tabou c'est la contrainte. » (29). Philippe Sollers publie *Les folies françaises* en 1988, roman qui raconte la

consommation d'un amour entre un père et sa fille. De cette relation incestueuse Sollers dira « dans mon livre, rien ne se passe de tragique, de punissable, de répréhensible. La consommation de l'inceste se fait dans une dimension extrêmement particulière, euphorique, si j'ose dire... » (30). A la même époque, Serge Gainsbourg ne manque pas une occasion de faire polémique en attirant à lui un sujet au cœur des débats ; le titre *Lemon Incest* sort en 1984. Il y partage le micro avec sa fille Charlotte alors âgée de 13 ans. Dans cette chanson à succès comme dans la mise en scène de son clip, le célèbre chanteur met en scène une relation père-fille pour le moins ambigu : l'inceste est nommé et l'interdit posé d'autant plus explicitement que l'enfant apparaît franchement érotisée. « *Exquise* » et « *délicieuse enfant* », Charlotte rappelle :

« *L'amour que nous ne ferons jamais ensemble*
Est le plus beau, le plus violent,
Le plus pur, le plus enivrant » (31).

Au décours des années 80 sont parallèlement apparus les premiers ouvrages de victimes, d'abord aux Etats-Unis, puis en France, comme *Le viol du silence* d'Eva Thomas, future fondatrice de l'association SOS inceste. Dans ce livre paru en 1986, elle retrace son parcours de reconstruction après le « meurtre psychique » commis par son père (32). La parole apparaît en partie libérée par de tels récits biographiques. En raison de la grande majorité des cas d'inceste commis par des pères sur leur fille, cette littérature est propulsée par le mouvement féministe comme le signe d'une domination patriarcale exercée sur le corps féminin. En 1970 déjà, Barbara dans sa chanson *Aigle noir* faisait entendre la voix des victimes. Mais à l'époque, dans une société moins propice au dévoilement, cette voix ne disait pas son nom : ce n'est qu'après la mort de la chanteuse et la publication de ses

mémoires, dans lesquels elle dénonce les abus de son père, que ce titre prendra tout son sens :

« De son bec, il a touché ma joue

Dans ma main, il a glissé son cou

C'est alors que je l'ai reconnu

Surgissant du passé

Il m'était revenu » (33).

Plus récemment, à l'issue du mouvement social *#metoo* qui invitait les femmes à s'exprimer sur la question des violences sexuelles, la sortie du livre *Le consentement* de Vanessa Springora a relancé en janvier 2020 le débat sur les violences sexuelles dans les milieux littéraires. Même s'il s'agit ici de la problématique pédophilique, cette publication témoigne de l'évolution des mentalités sociétales. Des propos équivoques comme ceux de Guillon précédemment cités ne sauraient être défendus aujourd'hui dans l'espace public, du fait de la place accordée aux victimes et du caractère résolument intolérable des violences sexuelles tel qu'il est aujourd'hui perçu par la société, en particulier lorsqu'elles sont infligées aux enfants.

b. Théâtre et cinéma

Quand il s'agit de traiter de l'inceste et de son interdit, le cinéma n'est pas en reste. Si les rapports entre inceste et culture, comme nous l'avons vu dans le monde littéraire, évoluent avec la sensibilité sociétale, Louis Malle dans son film *Le souffle au cœur* sorti en 1971 choisit de montrer un inceste mère-fils qui s'instaure doucement, presque innocemment. Treize ans plus tard, le cinéma américain expose une scène d'amour entre frère et sœur pleine de sensualité et de légèreté dans le long-métrage *Hotel New Hampshire* de Tony Richardson.

Mais cet angle de vue pour aborder l'inceste reste minoritaire dans le cinéma de genre non pornographique. Même quand il s'agit de mettre en scène *Lolita* de Nabokov, Stanley Kubrick et Adrian Lyne choisissent une actrice plus âgée que l'héroïne du roman et mettent l'accent sur les destins tragiques des héros. Le célèbre *Festen* dénonce en 1998 l'horreur de l'inceste et la déflagration familiale qui suit sa révélation.

La plupart des productions culturelles font en effet de la transgression de son interdit une des causes des souffrances et des détresses humaines les plus dévastatrices. Dans la pièce de théâtre *Incendies* de Wajdi Mouawad, adaptée au cinéma par Denis Villeneuve en 2010, les jumeaux Jeanne et Simon partent en quête de leur origine dans un Liban ravagé par les conflits, pour découvrir que leur naissance est le fruit d'un crime de guerre : le viol incestueux de leur mère par leur frère aîné. L'inceste est associé au saccage, à l'indicible, au sentiment d'horreur :

« L'enfance est un couteau planté dans la gorge

Et tu as su le retirer.

À présent, il faut réapprendre à avaler sa salive.

C'est un geste parfois très courageux.

Avaler sa salive.

À présent, il faut reconstruire l'histoire.

L'histoire est en miettes.

Doucement

Consoler chaque morceau

Doucement

Guérir chaque souvenir

Doucement

Bercer chaque image.

[...]

Jeanne, Simon,

Où commence votre histoire ?

À votre naissance ?

Alors elle commence dans l'horreur. » (34).

Les séries, en tant que nouvel objet d'investissement culturel massif, apparaissent également incontournables pour comprendre l'ampleur des préoccupations autour de l'inceste et de son tabou. En témoigne le succès de *Game of Thrones* dont les scénaristes, dès la fin de la première saison, lèvent le voile sur la relation incestueuse entre Jaime Lannister et sa soeur jumelle, la reine Cersei. Plus cocasse est l'épisode de *Friends* dans lequel Ross et Monica découvrent que leur premier baiser s'est déroulé malgré eux entre frère et sœur.

L'inceste apparaît donc omniprésent dans les productions culturelles qui en font à la fois l'objet de désirs profonds et créateurs, parfois sublimés, un crime tragique pour lequel toute mise en acte aboutit à de terribles conséquences et un interdit fondamental de nos sociétés. Cette notion d'inceste, à la fois apparentée à un désir inconscient et refoulé, à un sentiment de rejet et de dégoût, et à un interdit moral rappelle la topique freudienne du Ça, du Moi et du Surmoi qui représentent les instances de l'appareil psychique. La discipline psychanalytique s'est évidemment emparée du sujet de l'inceste dès les prémisses de son existence et c'est à elle que nous allons maintenant nous intéresser.

2. Inceste et inconscient individuel : l'apport de la psychanalyse

A. Freud et la théorie de la séduction

Dans les années 2000, le livre noir de la psychanalyse accuse Freud de chercher à convaincre ses patients d'avoir été victimes de traumatismes sexuels infantiles dont ils n'avaient aucun souvenir (35). Au contraire, de nombreux témoignages de victimes accusent les psychanalystes de ne pas les avoir reconnus dans leur souffrance en voyant dans leurs accusations d'abus sexuels par un proche un fantasme qui leur était propre et qui découlait du complexe d'Œdipe (36). L'évolution des théories freudiennes expliquent en partie ces deux positions critiques.

Dans un premier temps, à l'époque des *Études sur l'hystérie* publié en 1895, Freud avait accordé beaucoup d'attention aux récits d'agression incestueuse de ses patientes, en faisant de la *neurotica*, la théorie de la séduction de l'enfant par un parent, la première étiologie de la névrose. La séduction, autrement dit les propositions et les abus sexuels de l'adulte sur l'enfant, que Freud analyse sur la base théorique du refoulement psychique, serait révélée par sa conversion en symptôme hystérique, généralement suite à un événement anodin au moment de la puberté. Quoiqu'il continuera de considérer les événements traumatiques comme la pierre angulaire des symptômes somatiques, le célèbre psychanalyste renoncera à sa théorie pour conclure dans un second temps en 1933 que « les symptômes hystériques dérivent de fantasmes, et non pas d'événements réels » (37). Et celui-ci d'ajouter : « ce n'est que plus tard que je pus reconnaître dans ce fantasme de la séduction par le père l'expression du complexe d'Œdipe typique chez la femme. » (37).

Freud définit le complexe d'Œdipe comme le désir d'entretenir un rapport amoureux avec le parent du sexe opposé et d'éliminer le parent du même sexe considéré comme rival, en référence au héros de la mythologie grecque qui agira l'inceste et le parricide. Freud identifie dans son ouvrage *L'organisation génitale*

infantile trois étapes fondamentales du développement psychoaffectif de l'enfant : le stade oral, le stade anal et le stade phallique lors duquel survient le complexe d'Œdipe, entre 3 et 5 ans environ (38). Chez le petit garçon, l'angoisse de castration et la peur de perdre le père le feront progressivement renoncer à posséder la mère et le désir œdipien sera alors refoulé. Chez la petite fille, Freud considère que le complexe d'Œdipe ne sera jamais complètement résolu. Le premier objet d'investissement libidinal de cette dernière est, comme pour le garçon, la mère et, dans son cas, c'est l'angoisse de castration qui engagera le processus œdipien. En même temps que le désir de posséder un pénis, apparaît en elle le rejet de la mère castrée. Son désir se tourne alors vers le père, avant qu'elle ne rejette également le désir d'avoir un pénis, pour lui préférer celui d'avoir un enfant du père. La mère devient à la fois sa rivale et un objet d'identification. En dehors de cette rivalité, il n'existe aucune menace extérieure pour obliger la petite fille à arrêter la séduction envers le père, contrairement au garçon qui craint de perdre son pénis. Pour Freud, les faits incestueux contés par les patients trouveraient donc leur origine dans leur désir œdipien inconscient, en particulier chez les femmes pour lesquelles le complexe d'Œdipe apparaît plus difficilement surmonté.

B. Ferenczi et la séduction traumatique

Le texte *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant, la langue de la tendresse et de la passion* a été présenté par Sándor Ferenczi lors du congrès International de Psychanalyse en 1932. Il vient reconsidérer le traumatisme sexuel en tant que phénomène réel et extérieur au sujet et contester ainsi la théorie freudienne : « Le fait de ne pas approfondir suffisamment l'origine extérieure comporte un danger, celui d'avoir recours à des explications hâtives en invoquant la prédisposition et la constitution » (39). Pour cet auteur, l'analyste doit prendre en

compte « l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène » (39).

Dans cet ouvrage, Ferenczi décrit la discordance fondamentale qui existe entre l'adulte et l'enfant. Alors que le premier cherche, de manière inadaptée du fait de mécanismes psychopathologiques qui lui sont propres, à mettre en acte ses affects dans la sphère sexuelle auprès de l'enfant, celui-ci n'est pas à même de les intégrer. Il n'a pas atteint la maturité développementale suffisante pour vivre une telle relation physique puisqu'il n'est, à ce stade de son développement, capable de recevoir et de s'exprimer qu'à travers la tendresse : « Les séductions incestueuses se produisent habituellement ainsi : un adulte et un enfant s'aiment ; l'enfant a des fantasmes ludiques, comme de jouer un rôle maternel à l'égard de l'adulte. Ce jeu peut prendre une forme érotique, mais il reste pourtant toujours au niveau de la tendresse. Il n'en est pas de même chez les adultes ayant des prédispositions psychopathologiques, surtout si leur équilibre ou leur contrôle de soi ont été perturbés par quelque malheur, par l'usage de stupéfiants ou de substances toxiques. Ils confondent les jeux des enfants avec les désirs d'une personne ayant atteint la maturité sexuelle, et se laissent entraîner à des actes sexuels sans penser aux conséquences. » (39).

Ferenczi cherche à comprendre ce qui se passe du côté de l'enfant. Selon lui, celui-ci va « obéir en s'oubliant complètement » et « s'identifier totalement à l'agresseur » par un mécanisme d'introjection : l'agresseur « disparaît en tant que réalité extérieure, et devient intrapsychique ». De même, le sentiment de culpabilité de l'adulte va être introjecté et le jeu qu'a investi l'enfant lui apparaîtra finalement comme « un acte méritant une punition ». De ce traumatisme découleraient deux phénomènes. D'abord, l'enfant serait souvent sujet à une « progression traumatique pathologique » c'est-à-dire une maturité prématurée, à la fois intellectuelle et

relationnelle, qui lui permettrait de se rendre particulièrement capable d'attitudes parentales. C'est le phénomène du « nourrisson savant » (39).

Ensuite, et c'est là le mécanisme le plus destructeur pour la personnalité de l'enfant, se mettrait en place un « auto-clivage narcissique » (40). En effet, Ferenczi écrit en 2006 : « Un choc inattendu, non préparé et écrasant, agit pour ainsi dire comme un anesthésique. Mais comment cela se produit-il ? Apparemment par l'arrêt de toute espèce d'activité psychique, joint à l'instauration d'un état de passivité dépourvue de toute résistance. La paralysie totale de la mobilité inclut aussi l'arrêt de (...) pensée. » (40). L'auteur conceptualise l'idée que le Moi, pour se défendre du traumatisme, développe des mécanismes de défense tels que la sidération et le clivage. Alors que l'une des deux parties du moi continue d'exister, l'autre se fige et s'enkyste, prête à se réveiller à l'occurrence d'un évènement réactivateur du traumatisme.

D'ailleurs, Ferenczi était l'un des premiers à considérer dans le traitement de ces patients un risque de réactivation et à insister sur l'importance d'une prise en charge spécifique des symptômes post-traumatiques. Pour lui, la relation thérapeutique joue ici un rôle primordial puisqu'il ajoute : « cette confiance est ce quelque chose qui établit le contraste entre le présent et un passé insupportable et traumatogène » (39). Les différentes fragmentations du Moi créent une personnalité sans âme, un corps dévitalisé et dépossédé de son vécu et de ses sentiments. L'enfant « automate, coupable d'amour [...] imitant anxieusement l'adulte, s'oublie pour ainsi dire lui-même » (39).

Nous pourrions rapprocher ces éléments psychopathologiques de Winnicott et son concept de *faux self*, une instance inauthentique développée dans le psychisme individuel pour le protéger d'un environnement défavorable ou contraignant (41).

Bernard Savin décrit ainsi la genèse et l'organisation en *faux self* : « L'enfant se sent menacé dès qu'il s'écarte de ce qu'il imagine être les attentes de son environnement. Pour se protéger, il va se soumettre, se montrer docile. Les aspects spontanés et authentiques de la personnalité, les désirs (c'est-à-dire le vrai self) sont mis de côté et l'enfant se conforme aux attentes des autres. » (42). Les patients sujets au traumatisme précoce développeraient selon lui une forte défense intellectuelle d'allure obsessionnelle. Quoiqu'ils apportent en thérapie des discours ou des dessins bien construits, ils se révèlent incapables de communiquer quoi que ce soit de manière vivante et spontanée (43). Nous retrouvons donc avec ces auteurs les premières conceptualisations de ce que nous appelons aujourd'hui les états de dissociation post-traumatique et ses conséquences sur la construction de la personnalité.

C. La séduction originaire et la symbiose mère-enfant

Reprenant les travaux de Freud sur l'accomplissement des soins corporels par la mère et les premières sensations de plaisir provoquées chez l'enfant, J. Laplanche propose quant à lui une théorie de la séduction généralisée positionnant la mère comme l'agent de la séduction originaire (44). Pour Laplanche, cette séduction est nécessaire. Elle inclut à la fois des situations normales et des communications imprégnées de significations sexuelles inconscientes pour l'adulte qu'il appelle « signifiants énigmatiques ». Il écrit : « Le sein lui-même, organe apparemment naturel de la lactation, peut-on négliger encore son investissement sexuel et inconscient majeur par la femme ? » (44). Si la scène de séduction originaire conserve donc son versant traumatique, ce sont surtout les messages « énigmatiques » émanant des gestes de soin qui, « véhiculant avec eux la potentialité, l'interrogation purement potentielle d'autres messages – sexuels [...] - suscitent un travail de maîtrise et de

symbolisation difficile, voire impossible » (44). Dans cette perspective, lorsque l'enfant s'efforce de déchiffrer le comportement de l'adulte à son insu, le mouvement interprétatif pour résoudre l'énigme l'introduit au monde du symbole. Telle une béance qu'il lui est impossible de combler avec du sens, le traumatisme originaire poserait les fondements du sexuel et du symbolique pour l'individu (36).

Pour André Green, « l'inceste est naturel à la mère, même si elle est évidemment bien obligée de dresser des barrières contre lui » (45). Il appelle la tendance de la mère à rechercher une relation symbiotique à l'enfant « la folie maternelle » et voit donc dans les relations mère-enfant non pathologiques des situations « que l'on devrait paradoxalement appeler des folies normales » (45). Il existerait naturellement chez la mère un refus que le Un cesse, se divise et que le Deux advienne. Il y aurait une volonté chez cette dernière de faire persister la relation symbiotique de la grossesse. Cela n'est pas sans rappeler le travail de Margaret Mahler (46) qui publie en 1975 *Symbiose humaine et individuation* et distingue la phase symbiotique de l'unité duelle mère-enfant et la phase d'individuation. Anne Dufourmantelle évoque à ce sujet « la sauvagerie maternelle » qui s'exerce « contre l'altérité de l'enfant », et des mères « envahies par un désir de mourir inscrit dans un héritage inconscient où l'on ne sort pas du « même », de cette répétition en boucle qui fait serment » (47). Pontalis utilise cette formulation : « Guérir de la sexualité, guérir l'excès de mère » (48). La mère pour devenir la mère suffisamment bonne de Winnicott devra échapper à l'excès : excès d'absence à l'origine de carences, excès de présence qui exposerait alors au risque d'inceste psychique. L'intervention du père pour faire tiers dans la relation serait alors fondamentale pour refuser une telle unification et encourager les processus de différenciation.

Racamier évoque « la séduction narcissique » comme relation qui « vise à

constituer une unité où chacun se reconnaît dans l'autre, ou plus exactement se reconnaît dans l'unité qu'ils forment ensemble ». La « séduction mutuelle originellement entre la mère et le bébé » serait un fantasme « d'unisson et de toute-puissance », auquel le père pourrait également participer (49). Il présente « l'antœdipe » comme le deuil par lequel le sujet se déprend des forces de la séduction narcissique pour se tourner vers la différenciation. Pour cet auteur, si les conditions de la séparation parent-enfant ne sont pas réunies, la recherche qui consiste à faire persister cette unité serait un phénomène hautement pathogène, en particulier lorsqu'elle traverse les générations successives. Ce phénomène serait pour lui à l'origine des familles « incestuelles » selon le néologisme dont il est à l'auteur.

D. L'inceste et l'incestuel

Avant Racamier, Pontalis parlait déjà d'« inceste entre appareils psychiques » pour définir un mode relationnel pathologique qui exclut néanmoins le passage à l'acte sexuel incestueux (48). Dans certaines situations pathologiques, les appareils psychiques cherchent à « s'emparer l'un de l'autre, à se posséder mutuellement : accouplement redouté-désiré – jouissance et douleur – dans la fascination » (48). Mais c'est à Racamier que l'on doit la notion d'incestuel pour désigner « un climat où souffle le vent de l'inceste, sans qu'il y ait inceste » (49). Il s'agit pour lui de « la complication majeure » de la séduction narcissique. Il distingue ainsi l'inceste de l'incestuel : « l'incestuel n'est pas forcément génital, mais ne s'arrête pas non plus au fantasme : c'est un registre qu'il désigne – celui de l'incestualité – qui se substitue à celui du fantasme et se tourne vers la mise en actes ; certes il peut inclure l'activité proprement incestueuse, mais cette inclusion n'est ni nécessaire, ni suffisante : non seulement il ne l'inclut pas forcément (c'est même plutôt rare), mais il en déborde et la dépasse » (49).

L'incestuel est donc défini par l'absence de passage à l'acte incestueux, sans pour autant s'opposer à l'inceste. Il désignerait même un climat familial qui lui serait particulièrement propice en obscurcissant les limites individuelles au sein du groupe : les relations incestuelles pourraient autoriser, favoriser et masquer le passage à l'acte incestueux en cela que l'autre n'est pas perçu comme étant complètement autre. Effectivement, l'incestuel se dévoile dans son aspect relationnel : « c'est en famille qu'il peut s'observer » écrit Racamier (49). L'incestuel serait donc caractérisé par un développement psychique, individuel et collectif, n'ayant pas pu résoudre le complexe d'Œdipe qui s'organise autour du complexe de castration. En érigeant l'interdit de l'inceste, le complexe d'Œdipe encourage l'individu à trouver les objets de son désir en dehors de la structure familiale. Dans les situations incestuelles, le « deuil originaire » de la séparation parent-enfant n'étant pas réalisé, « l'antœdipe » règne et le psychisme est géré par le « tabou de la confusion des êtres », qui peut se transmettre de générations en générations (49). Racamier contribue donc à la clinique de la relation parent-enfant pathologique : outre les relations œdipiennes normales et les actes incestueux pathologiques existerait cette troisième entité, la relation incestuelle, dont nous verrons ultérieurement le potentiel pathogène malgré l'absence d'agir sexuel. Car s'il exclut le passage à l'acte sexuel, l'incestuel pourra être agi par des comportements érotisés.

E. Inceste et complexe d'Œdipe

Pour Racamier, en 1995, comme pour Tesone, l'inceste doit donc être clairement distingué des phénomènes qui appartiennent au complexe d'Œdipe tel que l'a décrit Freud. L'inceste serait en fait « le contraire » de l'Œdipe (49), et les violences sexuelles que peuvent subir les enfants de la part d'un adulte devraient à ce titre être clairement différenciées de la théorie de la séduction comme développée par la

psychanalyse en tant que phénomène développemental (50). Le complexe d'Œdipe aurait trait au développement psychosexuel normal de l'enfant, alors que les abus sexuels constitueraient une effraction à l'origine de phénomènes hautement psychopathologiques : « la sexualité de l'adulte fait irruption dans le corps de l'enfant en forçant par effraction la barrière de pare-excitation, l'adulte perce l'enveloppe psychique représenté par le Moi-peau de l'enfant et provoque un vécu traumatique avec des conséquences psychiques qui ont une grave potentialité pathogène » (50).

Pour l'enfant victime des assauts sexuels de l'adulte, il n'existerait plus de part énigmatique dont il faudrait trouver le sens mais « une signification qui lui vient du dehors, ce qui comporte pour l'enfant un *trop plein de signifiante* : ce sens greffé par l'adulte dans la vie pulsionnelle de l'enfant constitue une violence majeure » (50). A. Green distingue la séduction originaire de la séduction traumatique dans laquelle la pulsion de mort, au lieu de favoriser l'intégration pulsionnelle, induit une « fonction désobjectalisante » (51). L'enfant n'a alors plus un statut de sujet mais d'objet partiel. La sexualisation des rapports à l'adulte n'est pas source de vie et de liaison mais un objet persécutoire mortifère, responsable de la déliaison des pulsions et de la pensée.

De l'indistinction entre le complexe d'Œdipe psychanalytique et l'inceste mis en acte viendraient peut-être une partie des mésinterprétations des propos psychanalytiques, dans une autre confusion de langue, que les analystes eux-mêmes n'ont pas toujours su identifier. Ainsi Françoise Dolto dira : « le désir d'inceste est une bonne chose, l'inceste est un drame » (45). Une formulation plus acceptable aurait été : le complexe d'Œdipe est une bonne chose, l'inceste est un drame. Un article du *Canard Enchaîné* du 8 janvier 2020 a relancé la polémique du positionnement de la psychanalyse face aux abus sexuels intrafamiliaux en revenant

sur une interview de 1979 dans laquelle Françoise Dolto semble ne plus distinguer le viol incestueux et l'amour œdipien inconscient (52). Ses défenseurs insisteront sur ce point : si son œuvre explorait les désirs inconscients de l'enfance, l'auteure n'a jamais défendue la réalité de l'inceste. Cette distinction apparaît fondamentale, entre les fantasmes infantiles normaux d'une part et l'inceste agi d'autre part, mais aussi les transactions incestuelles pathogènes. A nouveau, le cheminement de Freud, et plus encore ses allers-retours entre les différentes théories de la séduction ont largement contribué à un tel amalgame.

F. Freud et les origines de l'inceste

Si la position de Freud a suscité de nombreux commentaires quant à son interprétation de l'inceste, il a néanmoins tenté d'apporter un éclairage sur ses origines. Publié en 1913, l'ouvrage *Totem et tabou* s'intéresse à l'organisation religieuse et sociale des peuples primitifs, le totémisme, et aux règles sacrées qui les dirigent, le tabou. Il suppose que « la conscience morale taboue est sans doute la forme la plus ancienne sous laquelle se présente à nous le phénomène de la conscience morale. » (53).

Lecteur assidu des travaux de Charles Darwin, Freud suppose qu'à l'origine l'humanité est organisée comme une *horde primitive*, un groupement humain sous l'autorité d'un père tout-puissant possédant seul l'accès à toutes les femmes. Les fils du père, jaloux de ne pouvoir posséder celles-ci, se seraient rebellés avant de tuer le père, pour le manger en un repas totémique. Par la suite, le remord se serait emparé des fils, qui érigent en l'honneur du père, et par peur de ses représailles, un totem à son image. Afin de prévenir la reproduction d'un tel épisode, et pour ne pas risquer le courroux du père assassiné, les fils auraient établi des règles correspondant aux deux tabous principaux : la proscription frappant les femmes appartenant au même

totem, l'inceste donc, et l'interdiction du parricide. Ainsi Freud pose l'hypothèse que le totem est une représentation du père et que le totémisme repose sur l'interdiction des deux crimes d'Œdipe : tuer son père et épouser sa mère.

De ces observations, et de leur confrontation au comportement des patients qu'il traite, il tire certaines caractéristiques du psychisme humain. Il s'agit en particulier de l'ambivalence des sentiments à l'égard du père et de l'importance de l'inceste dans l'organisation sociale. L'auteur conclue son ouvrage par l'identification d'une différence entre le névrosé et l'homme sauvage. Le premier est inhibé dans l'agir et « la pensée est chez lui le substitut de l'acte alors que pour le second, la pensée se transpose en acte, l'acte est pour lui en quelque sorte un substitut de la pensée » (53). Pour construire cette théorie, Freud se base sur les recherches des anthropologues et le constat qu'ils ont réalisé de l'universalité de l'inceste. Il est temps de nous interroger sur cette dernière et sur les contributions de l'anthropologie à la question de l'inceste.

3. Inceste et humanité : les apports de l'anthropologie

A. La prohibition de l'inceste, un interdit universel ?

L'inceste fascine parce qu'il a été l'objet du constat suivant : la prohibition de l'inceste est universelle puisqu'on la retrouve dans toutes les sociétés, en tout temps et en toute région du monde. Cependant, les règles qui la fondent sont différentes à travers les communautés humaines et la même relation de parenté pourra, selon les cas, permettre, interdire ou favoriser les rapports sexuels entre membres d'une société.

En effet, on retrouve des règles liées à la sexualité et au mariage dans toutes les communautés humaines. Les Na, un peuple d'agriculteurs de la région de Yongning

en Chine, ont un proverbe *dhekrwadheraiba zi mao hin* que l'on peut traduire ainsi : *ceux qui mangent dans le même bol et dans la même assiette ne doivent pas s'accoupler* (54). Dans cette communauté, non seulement les rapports sexuels sont prohibés au sein de la famille, mais il leur est même interdit d'aborder le sujet de la vie sentimentale, affective ou sexuelle avec leurs ascendants ou leur frère et sœur, sous peine de sanction, ce que Cai Hua appelle « l'interdiction d'évocation sexuelle » (54). Non seulement les pénitences sont terribles, mais la transgression de l'interdit aboutirait, selon les croyances de ce peuple, à la naissance d'un enfant monstrueux, dont la figure serait recouverte de poils à l'image d'une bête. La sanction serait donc double en cas de franchissement l'inceste, appliquée par la nature et par la communauté. Dans l'Antiquité romaine, l'inceste était considéré comme un crime et les personnes reconnues coupables précipitées du haut de la roche Tarpéienne (55). Il en est de même chez de nombreux peuples d'Afrique noire, où ces criminels étaient souvent châtiés sur la place du village, humiliés et torturés par l'ensemble de la communauté ; chez les iks, ceux-ci étaient jetés au bûcher, brûlés vifs à la vue de tous (56). Nous pourrions ainsi multiplier les exemples de châtiments infligés en cas de non-respect des règles de prohibition de l'inceste, ainsi que les nombreux systèmes de croyance qui s'y rattachent.

Néanmoins, ce qui est considéré comme incestueux est variable selon les contrées et les époques. Dans l'Antiquité Grecque, les unions adelphiques, c'est-à-dire les mariages entre frères et sœurs, furent parfois autorisées bien que toujours soumis à certaines règles. L'Homme d'Etat Solon avait interdit de marier les enfants ayant la même mère mais avait encouragé l'union d'enfants nés du même père en vue de faciliter la conservation du patrimoine paternel. A Sparte, la loi impliquait des règles contraires : les demi-frères et sœurs pouvaient se marier uniquement s'ils

étaient liés par la mère (57). Des textes japonais ancestraux révèlent un autre exemple de prohibition témoignant des limites du seul degré de parentalité pour définir la règle : est qualifiée d'incestueuse l'union avec la sœur cadette, mais pas avec l'aînée (58). Au sein de l'église judéo-chrétienne, cette question de la proximité familiale interroge, évolue au cours du temps et même, se négocie. En effet, après le X^e siècle, est strictement interdite toute union entre parents jusqu'au 14^e degré. Au XIII^e siècle, la loi s'assouplit et autorise ces unions jusqu'au 8^e degré. Puis, au début du XIV^e siècle, le Pape Jean XXII accorde des dérogations pour des unions entre certains parents, contre le versement d'une taxe uniquement (55).

Il est à noter que certaines unions intrafamiliales n'étaient pas seulement tolérées mais encouragées, bien que cela s'applique principalement aux hautes castes de la communauté. Les souverains de l'Égypte ancienne favorisaient en effet les unions entre frère et sœur, voire entre père et fille ou petite-fille. Les pharaons assuraient ainsi la pureté royale de leur descendance et aspiraient à ressembler aux dieux dont ils étaient les représentants sur terre. Cléopâtre a ainsi été l'épouse de ses deux frères, Ptolémée XIII et XIV, et tous trois étaient issus de douze lignées d'inceste frère-sœur. Certains auteurs défendent l'idée que cette coutume se répandait au-delà des oligarques, jusque chez les petits fonctionnaires et les artisans (59). Des écrits font état d'unions incestueuses royales chez les peuples incas (60). A Madagascar, les rois étaient autorisés à épouser leur sœur et leurs cousines ; seule l'union avec la mère était frappée d'interdit (58). De même, en Ouganda, au sein de certains peuples des îles Sandwich, les chefs de tribu étaient exemptés de toute prohibition, qui s'appliquait néanmoins au reste de la tribu (1). D'autres exemples illustrent le fait que ce ne serait pas seulement un privilège des castes supérieures. Certaines communautés de Sibérie du Nord interdisaient le mariage adelphique mais

autorisaient le père ou le frère de la future épouse à lui prendre sa virginité avant de la livrer à son mari. Chez les indiens Kalang de Java, on pensait que le mariage entre mère et fils serait vecteur de chance et de fertilité. Une tribu d'Afrique Centrale considérait que l'union physique d'un guerrier avec sa sœur la veille d'un combat le rendait invincible (1).

Par ailleurs, les alliances peuvent être frappées d'interdit au-delà des liens du sang. C'est ce que démontrera François Héritier dans son ouvrage *Les deux sœurs et leur mère* : peuvent être considérés comme incestueuses des relations entre deux personnes n'ayant pas de lien de parenté. Des textes de l'Antiquité sumériennes condamnent au nom de l'inceste une mère et sa fille pour avoir eu le même partenaire sexuel (61). En France, un veuf ou une veuve n'est pas autorisé à épouser le frère ou la sœur du défunt jusqu'en 1914, et jusqu'aux années 1980, le mariage entre beau-frère et belle-sœur est interdit (61). A ce jour, l'interdiction est maintenue en ligne directe : la loi n'autorise pas les individus à épouser leur beau-père ou leur belle-mère. Néanmoins, là encore, la règle n'est pas universelle : l'histoire d'une tribu de Nouvelle Guinée en est un exemple puisque dans les îles Trobriand, le chef Kiriwana avait hérité des veuves de son frère aîné qui lui avait précédé à la tête du groupe (62). Aujourd'hui encore, au Népal, pour éviter la division du domaine familial, dans la tribu Nyinba, tous les frères épousent la même femme (63). D'autres substances que les fluides sexuels peuvent d'ailleurs être en jeu : comme nous l'avons vu précédemment le Coran interdit les rapports entre les enfants allaités par la même nourrice. Ces incestes indirects sont regroupés par Françoise Héritier sous l'expression d'« *inceste de deuxième type* » et trouvent selon cette dernière leur origine dans « la mise en contacts d'humeurs identiques » (61).

Enfin, la proximité affective ou spirituelle peut aussi être un motif de prohibition.

Ainsi, l'Occident Chrétien interdira longtemps certaines unions entre personnes n'ayant pas de lien de parenté biologique. Le code Justinien de 530 interdit les unions entre le parrain ou la marraine et sa filleule ou son filleul, puis le Concile de Constantinople posera en 692 l'interdit sexuel entre le père et la mère du filleul avec le parrain et la marraine, leurs compères et commères (64). On pense également aux situations d'adoption, où les liens symboliques et les liens d'attachement imposeront, et imposent encore aujourd'hui, les mêmes prohibitions, se substituant aux liens de sang. Cet inceste spirituel a été appelé « *inceste de troisième type* » par l'anthropologue italien Salvatore d'Onofrio (65). A celui-ci peut être rattachée la notion d'« *inceste socratique* » utilisée par la psychologue Martine Nisse pour décrire des relations entre un professeur et son élève, que nous examinerons ultérieurement.

Nous constatons donc que la prohibition de l'inceste est universelle au sein de l'humanité, mais que sa transgression l'est aussi, nécessitant que l'homme, en tout temps et dans toutes les sociétés, l'érige en règle et multiplie les croyances quant à ses conséquences. Nous pouvons nous interroger sur ce qu'il en est du règne animal, où de tels mécanismes culturels ne peuvent avoir lieu, et nous demander si la reproduction entre apparentés y est commune ou si certaines unions sont évitées.

B. La prohibition de l'inceste, le propre de l'homme ?

Levi Strauss faisait cette affirmation : « quelles que soient les incertitudes qui règnent au sujet des mœurs sexuelles des grands singes [...], il est certain que ces grands anthropoïdes ne pratiquent aucune discrimination sexuelle à l'égard de leurs proches parents. » (58). Or, les éthologistes parviennent à un constat tout à fait différent ; s'agissant des primates comme du reste du monde animal, les

accouplements entre parents seraient plutôt l'exception que la règle. Déjà Aristote, dans son Histoire des animaux, remarquait que les chameaux et les chevaux se refusaient à la saillie de leur mère (66). Plus récemment, des recherches sur les chevaux semi-sauvages de Camargue ont confirmé la rareté des accouplements consanguins chez les équidés, observation identique à celles réalisées auprès de primates ou de léopards (67, 68). A tel point que le célèbre biologiste britannique John Maynard Smith écrit en 1978 : « Voici dix ans, je considérais l'évitement de l'inceste comme un phénomène entièrement culturel. Seul un bigot pourrait soutenir ce point de vue aujourd'hui » (69).

Plusieurs mécanismes pourraient expliquer que les comportements incestueux sont minoritaires dans le règne animal. Le départ de la horde des plus jeunes permettrait de diminuer la probabilité d'un accouplement avec un parent. Cette séparation adviendrait du fait de l'instinct d'exploration des jeunes adultes et parce qu'ils seraient chassés par leurs aînés, comme c'est le cas chez les chevaux où l'étalon dominant menace les plus jeunes s'ils ne se résignent pas à quitter le clan (67). La puberté, en tant que phénomène physiologique, serait donc suivie d'un phénomène comportemental pour mettre l'espèce à l'abri des unions consanguines.

Néanmoins, l'inceste est également peu pratiqué chez les sujets qui restent dans leur groupe d'origine. John Hoogland, professeur à l'université du Maryland, a étudié les chiens de prairie, espèce animale qui ne répond pas à ce *schéma de dispersion* et présente plutôt une tendance à rester parmi ses congénères. Dans cette population, la rivalité est présente mais les besoins de coopération pour chasser, éloigner les prédateurs et défendre le territoire ont favorisé des comportements claniques (70). On peut alors se demander quels modes de reproduction ces groupes d'animaux adoptent pour éviter une descendance

consanguine.

L'équipe du Dr Sanderson en Angleterre a étudié le comportement de reproduction des mangoustes rayées, petit mammifère qui lui non plus ne quitte pas le cercle natal à l'âge adulte. Cette étude a permis d'objectiver que ceux-ci, au sein de leur clan, s'accoupleraient davantage avec leurs cousines éloignées qu'avec de plus proches parentes, suggérant que des mécanismes d'évitement de l'inceste sont à l'œuvre. Plusieurs hypothèses ont été formulées quant à l'origine de cette discrimination : la reconnaissance d'un timbre de voix, d'odeurs ou de sécrétions chimiques proches de l'individu du fait de sa proximité génétique impliquerait que celui-ci se dirige préférentiellement vers ceux qui lui sont les plus étrangers (71). Il n'est pas exclu non plus que les liens d'attachement dans les premières années laissent une forme d'empreinte permettant la reconnaissance et l'évitement de l'accouplement entre apparentés (68). Le jeu aurait alors une fonction importante : chez les macaques, les babouins et les vervets les jeunes frères et sœurs ont de fréquents jeux et attouchements sexuels pendant leur enfance. Ceux-ci s'arrêtent à la puberté et les jeunes adultes se tournent vers des partenaires exogames. D'après Jane Goodall, il est fréquent que les femelles chimpanzés prépubères jouent avec les organes génitaux de leur père, comportement qui prend fin dès qu'apparaissent leurs premiers œstrus. Les jeux sexuels entre mère et fils prépubères sont aussi fréquents, mais ne surviennent jamais pendant la période d'ovulation de cette dernière (72). Il y aurait donc une inhibition sexuelle conditionnée par la familiarité préalable.

S'il ne s'agit encore que de modèles théoriques, le constat est néanmoins clair : une large part du monde animal cherche à échapper à l'inceste, au sens d'une reproduction entre apparentés génétiques proches. L'évitement de certaines unions

n'est pas réservé à l'homme. Nous pouvons donc nous demander quelles sont les origines de cet évitement, pourquoi l'échappement à l'inceste apparaît comme un phénomène si répandu du monde vivant.

C. Les origines de la prohibition

a. Les théories biologiques

De nombreuses théories ont été élaborées pour expliquer le phénomène de l'évitement de l'inceste, qui prend chez l'homme la forme d'un interdit. Le premier type d'explication voit dans la prohibition de l'inceste le produit d'une expression culturelle faisant face à une nécessité biologique fondamentale. Ainsi, Lewis H. Morgan et Sir Henry Maine ont soutenu que cette prohibition constituait une mesure de protection contre les effets néfastes d'unions consanguines (58).

La science s'est évidemment penchée sur ce sujet. Les effets de la consanguinité sur l'aptitude phénotypique sont soit positifs, désignés sous le nom d'*hétérosis*, soit négatifs et appelés *dépression de consanguinité* ou *dépression endogamique* (73). Charles Darwin, en 1876, apportait la preuve par l'autofécondation et la fécondation croisée de plus de cinquante espèces végétales que la majorité des plantes endogames produit moins de graine et est de plus petite taille que les plantes exogames (74). Par la suite, les études iront majoritairement dans le sens d'une consanguinité défavorable sur le plan génétique considérant la longévité, la fécondité et la résistance aux maladies, qu'il s'agisse d'études en captivité ou en milieu naturel. En effet, si certains végétaux et invertébrés semblent s'accommoder des phénomènes de croisements hautement consanguins, voir même d'autofécondation, à l'instar de la violette qui se pollinise elle-même, il n'en est pas de même de la plupart des animaux, en particulier des vertébrés. Les études sur les souris sont

nombreuses ; on peut citer celle de Jiménez qui, en 1994, montre que la consanguinité impacte négativement la survie et la masse corporelle des adultes dès la 3^e ou la 4^e génération (75). La même année, Crnokrak et Roff ont réalisé une méta-analyse présentant des niveaux significatifs de dépression de consanguinité dans plus de trente espèces en situation naturelle (76). L'étude de Ralls et al. objective quant à elle un différentiel de survie entre les individus endogames et exogames dans quarante populations captives de mammifères appartenant à trente-huit espèces différentes : la reproduction entre parent-enfant ou frère-sœur a été considérée comme augmentant d'environ un tiers la mortalité juvénile (77). Les phénomènes de dépression consanguine apparaissent variables dans leur expression, mais s'intensifient néanmoins au bout de cinq à dix générations d'expérience. Dans de nombreuses espèces, la plupart des lignées ainsi constituées ne peuvent se maintenir au-delà d'une dizaine de générations (78).

Les bases génétiques de la dépression endogame sont régulièrement débattues et deux hypothèses principales ont été proposées : la *dominance partielle* et la *superdominance* (79). L'hypothèse de la *dominance partielle* est la plus répandue, elle énonce que la dépression de consanguinité résulte de l'augmentation de la fréquence d'allèles délétères récessifs. Dans l'espèce humaine, chaque individu possède deux exemplaires d'un même gène, deux allèles, hérités de chacun des deux parents. Les allèles d'une paire de chromosomes homologues peuvent être identiques, définissant l'homozygotie, ou différents, ce qui constitue l'hétérozygotie. Pour la plupart des gènes, lorsque les deux allèles sont différents, un seul d'entre eux s'exprimera, il est dit allèle dominant et l'autre récessif. Pour qu'un allèle récessif s'exprime, il doit exister dans la cellule en deux exemplaires, à l'état donc d'homozygotie. Certains allèles sont dits délétères, c'est-à-dire qu'ils sont issus d'une

mutation dommageable et représentent un désavantage pour l'individu, telle une tare physique défavorable à la reproduction, une maladie ou un autre facteur de létalité. Les allèles délétères sont pour la plupart d'entre eux récessifs. En effet, les êtres dotés d'allèles délétères dominants ayant peu de chance de pouvoir se reproduire, ces allèles disparaissent au cours du temps. De nombreuses maladies génétiques sont liées à des allèles défectueux ne déclenchant donc la maladie que s'ils sont présents en deux exemplaires. Les allèles récessifs délétères seront masqués chez les individus hétérozygotes, puisqu'ils ne s'exprimeront pas, et n'apparaîtront qu'en cas d'homozygotie. Dans les cas de reproduction consanguine, la probabilité d'homozygotie augmente puisque la diversité génétique est moindre. Le risque d'expression d'allèles récessifs augmente donc lui aussi. Ainsi, plus les géniteurs sont apparentés, et plus les descendants portent des gènes homozygotes délétères, donnant des individus inaptes. La dépression de consanguinité cause donc une réduction de l'aptitude phénotypique des descendants endogames par rapport à ceux issus de croisements exogames. On dira que les homozygotes délétères ont une valeur sélective inférieure à celle des hétérozygotes et des homozygotes dominants, c'est-à-dire qu'ils auront une moindre capacité à survivre et à se reproduire.

La seconde hypothèse est celle de la *superdominance* : elle suppose qu'à un locus donné, la valeur sélective de l'hétérozygote est supérieure à celle de l'homozygote. Un exemple de superdominance a été bien étudié : la drépanocytose est une maladie génétique à transmission récessive, c'est-à-dire qu'il faut être porteur des deux allèles récessifs pour que la maladie s'exprime. Il a été constaté que, exposés au paludisme, les patients hétérozygotes pour la drépanocytose avaient des taux de survie supérieurs aux homozygotes, que l'homozygotie concerne

deux exemplaires de l'allèle récessif ou de l'allèle sain. L'hétérozygotie présente sur un certain critère, ici la survie au paludisme, une meilleure valeur sélective que les deux formes d'homozygotie. Ainsi, la consanguinité, en augmentant la fréquence de loci homozygotes, réduit l'avantage sélectif des hétérozygotes. Ce phénomène est vraisemblablement moins fréquent que le phénomène de dépression partielle mais il pourrait avoir une importance non négligeable dans la dépression de consanguinité (73, 79).

Néanmoins, il faut noter que les effets génétiques de la consanguinité n'apparaissent pas unilatéralement négatifs. De nombreuses populations végétales, animales et humaines dérivent de petits nombres de fondateurs et vivent, pendant de nombreuses générations, en effectifs réduits, ayant pour conséquence une *consanguinité ambiante* considérable (78). D'ailleurs, la transmission des mutations à l'origine de l'évolution des espèces ne peut être envisagée sans la reproduction entre ancêtres qui partageaient la même anomalie génétique, qui seraient donc proches génétiquement, les mutations de novo étant des événements uniques qui ne sauraient se produire simultanément chez plusieurs individus. C'est ce qu'on appelle *l'effet fondateur*. Il existe aussi un phénomène inverse à celui de la dépression de consanguinité : *l'hétérosis ou vigueur hybride*, définie comme une augmentation de l'aptitude phénotypique d'un descendant par rapport à ses deux parents provenant de populations différentes (73,79). En effet, la reproduction entre apparentés apporte parfois des bénéfices, qui sont d'ailleurs exploités dans les élevages animaliers. La consanguinité en favorisant l'expression des allèles délétères récessifs favorise l'élimination des individus porteurs ; elle réduit donc leur fréquence dans la population. Le dévoilement des allèles récessifs et l'homozygotie permettrait un effet de purge sur le génome, en éliminant par sélection naturelle les individus présentant

un fardeau génétique, ce qui représenterait in fine un avantage sélectif.

De plus, en 2008 une étude islandaise publiée par le laboratoire Decode Genetics dans la revue *Science* rapportait une plus grande fertilité chez les couples de cousins de troisième ou quatrième degré (80). Il faut néanmoins souligner que ce travail présente plusieurs limites : il ne donnait pas d'informations sur l'état de santé des descendants mais seulement sur leur propre fertilité, et concernait un degré de parentalité bien précis (81). D'autres travaux portés sur des groupes indiens et pakistanais confirment que l'accouplement consanguin peut constituer un vecteur de fertilité assez important pour compenser l'excès de mortalité juvénile qu'il engendre (82). Une des hypothèses sur cette fertilité supérieure serait la compatibilité des marqueurs sanguins du système rhésus entre mère et enfant (80, 81).

Au total, la littérature scientifique est claire sur les risques génétiques que représentent les reproductions entre apparentés sur plusieurs générations, en particulier lorsque le degré de parenté est mince, de l'ordre du premier ou du deuxième degré. Mais ce constat ne serait pas si évident à atteindre, en particulier pour des appariements entre parents plus éloignés ou lorsque ceux-ci concernent une seule génération de descendants. De là, on peut déduire que les supposées connaissances des populations humaines sur les conséquences de l'inceste relèvent en partie d'un système de croyance.

C'est un des reproches que fait Claude Lévi Strauss à ses prédécesseurs qui se sont attachés à défendre *la théorie biologisante*. Selon lui, celle-ci supposerait une clairvoyance eugénique de toutes les communautés humaines (58). Or, il apparaît douteux que de petites populations aient pu réaliser une déduction de la simple observation, sans statistique ou expérimentation approfondie, à moins peut-être

d'avoir été attentives à ce qui se passait sur les populations animales. Cette théorie serait donc anachronique d'un point de vue scientifique : les premiers travaux scientifiques n'apparaissent que bien plus tardivement dans les sociétés, alors que l'interdit est présent en tout temps. Pour Langaney et Nadot, le risque génétique lié à la pratique de l'inceste serait trop faible comparativement aux divers risques de mortalité infantile dans les sociétés anciennes pour que celui-ci soit facilement identifié par ces communautés (78). Si, pour les hommes comme pour les autres animaux, il existe une fin génétique à l'évitement de l'inceste, on peut se demander par quel biais la sélection naturelle a favorisé ce comportement. Les croyances qui peuvent exister quant à l'existence de *monstruosités* secondaires à ces unions, si elles sont en partie vraies sur le plan phénotypique, doivent donc trouver une autre origine.

Ajoutons que l'hypothèse biologique ne suffit pas à expliquer l'ensemble des phénomènes de prohibition de l'inceste dans l'espèce humaine puisque, d'une part, certaines unions consanguines sont autorisées voire favorisées, et que, d'autre part, on retrouve dans certains interdits des unions prohibées avec des personnes sans lien de sang. Les anthropologues se sont donc attelés à rechercher d'autres origines à cette prohibition. Nous allons tenter de les passer en revue.

b. Les théories psychophysiologiques

De Westermarck et Havelock Ellis ont tenté eux aussi d'expliquer l'inceste par un facteur inné, qui cette fois ne fait pas intervenir les associations génétiques mais une certaine caractéristique : ces auteurs envisagent une forme de répugnance, une aversion instinctive de l'individu pour certains parents. Cette répugnance trouverait son origine dans « le rôle négatif des habitudes quotidiennes sur l'excitabilité

érotique », dans « la moindre fréquence des désirs sexuels entre proches parents (...) par accoutumance physique ou psychologique » (58). Pour Westermarck donc, l'intimité infantile rend impossible l'émergence du désir entre un frère et une sœur devenus adultes. Là encore plusieurs arguments vont à l'encontre de cette théorie selon Claude Lévi Strauss. Un argument de fait d'abord : l'inceste n'est pas rare dans l'espèce humaine. Or, d'après cette théorie, il ne devrait exister aucun cas d'inceste. Ensuite, si l'inceste était si contraire à la nature humaine, il n'y aurait pas de nécessité de défendre et punir sa prohibition. Enfin, certaines sociétés favorisent les liens dans l'enfance entre les futurs mariés, comme lorsque deux familles amies ou alliées destinent leurs enfants à s'épouser, dès leur tendre enfance (58). A nouveau, cette théorie apparaît pour le moins insuffisante à expliquer l'ensemble du phénomène de l'interdit de l'inceste.

c. Les théories sociales

Plusieurs auteurs font de l'inceste une règle purement sociale, liée non plus à la nature mais à la culture. Pour Mc Lennan, Spencer et Lubbock, la prohibition de l'inceste est une dérivation de l'exogamie. Elle impose le mariage exogamique par capture de la future épouse, la captive devenant un bien pour la communauté (58). Pour le sociologue Emile Durkheim, l'interdit est un vestige de croyances magico-religieuses, un héritage des systèmes de croyances totémiques qui impose de ne pas avoir de contact avec le sang de son clan, en particulier avec les menstruations (83). Cette théorie a le mérite de faire aujourd'hui encore écho avec le terme *consanguinité* et l'expression *liens de sang* qui persistent à qualifier les unions entre apparentés. Néanmoins, il n'a pas été démontré que les croyances totémiques ont été universelles, que toutes les sociétés ont été totémistes à un stade antérieur de leur histoire, reproche que l'on pourrait également faire à la théorie freudienne

exposée dans *Totem et tabou*. Claude Levi Strauss adjoint la critique suivante : cette règle n'étant plus nécessaire après la disparition des sociétés totémiques, advient la difficulté d'expliquer pourquoi elle leur aurait survécu, quelle règle l'aurait faite perdurée.

d. L'interdit de l'inceste comme fondateur de la culture

Claude Levi Strauss, après avoir réalisé une critique des théories qui l'ont précédé, a proposé une autre interprétation. Ce dernier voit dans l'interdit de l'inceste le passage de la nature à la culture, qu'Emmanuel Désveaux, dans l'avant-propos à la réédition de 2017 du célèbre ouvrage *Les structures élémentaires de la parenté*, résume ainsi : « En vertu de l'échange matrimonial, je destine ma sœur à être l'épouse d'un autrui, et je m'appête à recevoir de lui une épouse en retour. En conséquence, je m'interdis – ou je n'éprouve pas le besoin – de coucher avec ma sœur. Le mariage explique l'universalité de la prohibition de l'inceste. L'échange matrimonial, par le lien qu'il instaure et par le renoncement qu'il impose, se trouve au fondement de toute société humaine. Il signale le passage de la nature à la culture ; il est inhérent à l'ordre social. » (58). L'interdit de l'inceste imposerait donc l'exogamie qui fonde la possibilité de toute société en imposant des échanges entre les groupes sociaux.

e. Les autres apports de l'anthropologie

A son tour, le travail de Claude Levi Strauss a fait l'objet de nombreux commentaires. Pour Salem, les mécanismes à l'œuvre chez l'homme peuvent être comparés à ceux existant chez les autres animaux et ne peut donc pas être considéré comme un propre de l'homme (84). René Girard a également apporté sa contribution : selon lui, les désirs sexuels créent de la rivalité entre les hommes et le

désir incestueux trouve son origine dans le mimétisme, en particulier vis-à-vis du père qui désire la mère. L'interdit viendrait ici comme régulateur de la violence en s'associant au meurtre symbolique du père et au sacrifice qui, par le mécanisme du bouc émissaire, fait de la victime l'objet d'une concentration de la violence groupale et permet la cohésion du clan (85). Maurice Godelier conteste la prohibition de l'inceste comme fondateur des sociétés humaines et suggère que celles-ci préexistent à son édification. Selon lui, il ne faut pas associer l'interdit de mariage et l'interdit de l'inceste. Ce dernier serait un exemple parmi d'autres, comme le refus de l'homosexualité ou la condamnation des rapports adultères, de la nécessité d'instaurer des interdits sexuels devant le risque qu'ils constituent « de compromettre la reproduction des rapports politiques et religieux de parenté qui constituent l'armature des sociétés » (86).

Enfin, Françoise Héritier, comme nous l'avons précédemment évoqué, a identifié l'« *inceste de deuxième type* ». Lorsque deux personnes consanguines ont un rapport physique ou un partenaire commun, il y aurait un risque de partage des fluides corporels. C'est ce dernier qui serait à l'origine de nombreuses croyances ; la rencontre des fluides de deux personnes apparentées serait néfaste et engendrerait de multiples maux. En effet, une telle rencontre s'apparenterait à un excès d'éléments identiques, et c'est le « cumul de l'identique » qui ferait horreur à l'humanité et que la prohibition de l'inceste viendrait signifier (61). La théorie de Françoise Héritier n'est pas sans rappeler les hypothèses psychanalytiques qui voyaient dans l'inceste la recherche d'une symbiose, d'une unité recouvrée et le refus de la différenciation. La prohibition constituerait donc un rejet de cette tendance unitaire, et un encouragement à la séparation et à l'individuation.

Quoi que l'objet de notre travail ne soit pas de prétendre à l'exhaustivité sur les

apports de l'anthropologie, nous constatons que les différentes théories peinent à expliquer l'ensemble des configurations de l'interdit de l'inceste. Elles apportent néanmoins un éclairage important, qu'elles soient *finalistes* – la prohibition étant alors considérée comme un moyen au service d'une fin - ou *déterministes* – faisant de l'interdit de l'inceste le résultat d'un phénomène dans un rapport de causalité (84). Ce qui est indéniable, c'est que l'inceste n'est pas sans conséquence. L'inceste comme réalité *ontologique* – ce qui est : l'inceste fantasmé ou pratiqué - a partout et en tout temps nécessité une démarche *déontologique* – le développement d'une prohibition pour prescrire ce qui devrait être. La loi est la représentante de cette démarche déontologique, et c'est pourquoi, après ce détour sur les origines de la prohibition de l'inceste, il nous faut dorénavant examiner comment cet interdit se traduit dans la société française d'aujourd'hui.

4. Inceste et société : droit et médecine aujourd'hui

A. Définition actuelle

Rappelons la définition de l'inceste, telle que nous la trouvons dans les grands dictionnaires de la langue française. Le Littré définit l'inceste comme suit : « Conjonction illicite entre les personnes qui sont parents ou alliées au degré prohibé par les lois » (87). Le Dictionnaire de l'Académie Française en propose cette définition : « Relation sexuelle entre deux personnes qui sont parentes ou alliées à un degré qui entraîne la prohibition du mariage par les lois civiles ou religieuses » (88). Dans ces énonciations, l'inceste est caractérisé par son rapport à la loi. La France étant un pays laïc, il nous faut nous intéresser au Code Civil en vigueur dans notre pays pour identifier les relations de mariage que notre société autorise et proscrit.

B. Approche juridique de l'inceste

a. La prohibition du mariage

D'abord, le mariage peut être frappé d'interdit en raison d'un lien de parenté direct. D'après le Code Civil (**Annexe 2**), il est donc proscrit entre :

- un parent et son enfant, ainsi que l'ensemble de ses descendants en ligne directe (Article 161)

- un frère et une sœur, ou deux frères, ou deux sœurs, y compris lorsque les individus ne partagent qu'un parent (Article 162)

- un oncle ou une tante et sa nièce ou son neveu, les parents des premiers étant les grands-parents des seconds (Article 163).

Il s'agit ici d'une interdiction absolue qui ne pourra être levée sous aucun prétexte.

Dans le cas particulier de l'adoption plénière, l'enfant adopté acquiert une nouvelle filiation qui remplace celle d'origine ; les empêchements matrimoniaux en vigueur sont donc les mêmes qu'au sein d'une filiation classique (Article 356). En revanche, en cas d'adoption simple, le mariage est interdit :

- entre l'adoptant et l'adopté,

- entre l'adoptant et les descendants de l'adopté ou l'adopté et les descendants de l'adoptant,

- entre deux enfants adoptés par une même personne,

- entre l'adoptant et l'ex-conjoint de l'adopté ou entre l'ex-conjoint de l'adoptant et l'adopté (Article 366).

Il s'agit donc sensiblement d'interdits superposables, à ceci près que le mariage est autorisé entre l'adopté et le frère ou la sœur de l'adoptant. Il est à noter que l'adopté se verra également interdire le mariage avec les apparentés de sa famille d'origine (Article 364).

Ensuite, nous savons que l'alliance est considérée comme le lien résultant du mariage qui fait de chacun des époux un allié de tous ceux qui sont en lien direct de parenté avec l'autre, même après divorce ou veuvage. De ce fait, les personnes divorcées ou veuves ne peuvent épouser ni un enfant de leur ex-époux, ni un parent de leur ex-époux (Article 342-7). Autrement dit, la loi n'admet pas le mariage avec un ancien beau-père ou beau-fils, avec une ancienne belle-mère ou belle-fille (Article 342-7). La loi prévoit néanmoins que, dans certains cas, une dérogation puisse être accordée par le Président de la République, en cas de décès du conjoint ayant créé l'alliance (Article 164). Même si en pratique l'autorisation d'une telle union apparaît très exceptionnelle, il existe quelques cas de jurisprudence, tel l'arrêt rendu le 4 décembre 2013, qui voit dans le prononcé de la nullité du mariage d'un homme avec son ancienne belle-fille « une ingérence injustifiée dans l'exercice de son droit au respect de sa vie privée et familiale dès lors que cette union, célébrée sans opposition, avait duré plus de 22 ans » (89).

En somme, nous pouvons déduire de ces éléments que le droit français autorise notamment le mariage :

- d'un individu avec son ancienne belle-sœur ou son ancien beau-frère
- entre cousins
- entre oncle ou tante et neveu ou nièce adoptif(ve)
- entre oncle ou tante et neveu ou nièce par alliance, les parents des premiers n'étant pas les grands-parents des seconds.

Soulignons que la loi n'interdit pas les relations sexuelles entre deux personnes majeures consentantes, quand bien même ceux-ci seraient apparentés, mais seulement le mariage civil.

Enfin, soulignons que cet empêchement a pour corollaire d'interdire

l'établissement de la double filiation de l'enfant né de l'inceste : « s'il existe entre les père et mère de l'enfant un des empêchements à mariage prévus par les articles 161 et 162 pour cause de parenté, la filiation étant déjà établie à l'égard de l'un, il est interdit d'établir la filiation à l'égard de l'autre par quelque moyen que ce soit » (Article 310-2). Autrement dit, l'enfant incestueux – né de l'inceste - ne pourra être reconnu que par un des deux parents. Le législateur s'en défend au nom de « l'ordre social » et de « la paix familiale » comme l'explique le professeur de droit D.

Fenouillet : « En effet, il est vrai que si l'on permettait l'établissement de la double filiation incestueuse, l'admission officielle d'un tel désordre familial semblerait d'abord indirectement légitimer l'union dont l'enfant est issu, tant il est vrai que l'institution de l'état civil est à forte charge symbolique : et une telle légitimation ébranlerait l'ordre social, fortement lié [...] à l'interdit matrimonial. En outre la paix familiale risquerait d'être troublée, en fait, par l'affirmation « publique » de la violation en son sein d'un tel interdit » (90).

La loi française apparaît donc complexe eu égard aux règles qui régissent le mariage, et peut surprendre, sous certains aspects. En effet, telles unions peuvent être considérées par certains comme acceptables moralement - et même désirés et désirables comme en témoigne notre cas de jurisprudence - mais sont pourtant interdites par la loi. Au contraire, d'autres alliances, légales d'un point de vue juridique, peuvent susciter une désapprobation à l'échelle d'un individu particulier. La législation est le résultat du cheminement historique du droit de notre pays et nous constatons que les concepts de prohibition de l'inceste et d'interdit matrimonial ne se recouvrent que partiellement. Notre travail ayant pour objectif un accompagnement des situations cliniques où intervient l'inceste, nous serons attentifs à la parole de la société comme à celle des acteurs concernés. Dans la majorité des cas, le clinicien

sera confronté à des situations d'agression sexuelle. C'est pourquoi, il nous faut maintenant étudier le Code Pénal en tant qu'il régit les infractions à la loi.

b. Les agressions sexuelles

i. Définition

A ce jour apparaît dans le Code Pénal l'intitulé « Agressions sexuelles », au chapitre II consacré aux « Atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne » (**Annexe 3**). L'article 222-22 en donne la définition suivante : « Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise ». L'alinéa 1 précise que la contrainte peut être physique ou morale. Si les faits concernent un mineur, la contrainte morale ou la surprise peuvent :

- résulter de la différence d'âge entre la victime et l'auteur, et de l'autorité exercée par ce dernier
- être caractérisées par « l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes ».

Ajoutons qu'une tentative d'agression sexuelle sera punie des mêmes peines que l'infraction elle-même, selon l'alinéa 2 de ce même article.

En miroir, cette définition des agressions sexuelles pose donc la question du consentement de la victime, bien que cette notion n'apparaisse pas à proprement parler dans cette section du Code Pénal. Il existe en droit français une présomption de consentement quant aux activités sexuelles, qui vaut jusqu'à preuve du contraire : du fait de l'impossibilité de la victime à consentir ou des moyens employés par l'auteur pour commettre son acte (91). La question des moyens renvoie d'ailleurs à la considération par la loi du caractère intentionnel de l'agression. Suite à cette définition, le Code Pénal énumère les infractions de nature sexuelle selon leur

caractère criminel ou délictuel.

ii. Le viol

Le viol, de nature criminelle et relevant donc de la Cour d'Assises, est défini par l'article 222-23 comme : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol ». Rappelons ici que la pénétration consiste en l'introduction vaginale, anale ou buccale d'une partie du corps (sexe, doigts) ou de tout objet. Pour constituer un viol, la pénétration peut être imposée à autrui sur son propre corps ou sur le corps de l'agresseur, selon la révision de la loi renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes, dite Loi Schiappa du 3 août 2018.

Le viol est puni de 15 ans de réclusion criminelle, mais ce crime est passible de vingt ans d'emprisonnement lorsqu'il existe une ou plusieurs circonstances aggravantes, notamment lorsqu'il est commis sur un mineur de moins de 15 ans ou une personne vulnérable, par un ascendant ou une personne ayant autorité sur la victime (Article 222-24). Le délai de prescription, c'est-à-dire le temps dont dispose la victime pour porter plainte, dépend de l'âge de cette dernière au moment des faits. Lorsque la victime est majeure au moment des faits, elle a la possibilité de déposer plainte dans un délai de 20 ans après le viol. Lorsqu'elle est mineure, ce délai est porté à 30 ans à partir de sa majorité.

Il est à noter que ce délai a été allongé par la loi Schiappa. Si cette révision législative allait dans le sens d'un renforcement des droits des victimes, elle a néanmoins été critiquée par de nombreuses associations de défense des victimes qui avaient réclamé l'imprescriptibilité et l'instauration d'un âge minimal au

consentement sexuel, en deçà duquel aurait pu advenir une qualification systématique du viol et des autres agressions sexuelles.

iii. Les agressions sexuelles sans pénétration

Les autres agressions sexuelles, c'est-à-dire tous les actes à caractère sexuel qui n'impliquent pas de pénétration, constituent des délits et sont de ce fait jugées devant le Tribunal Correctionnel. Cette appellation juridique renvoie au concept commun *d'attouchements sexuels*. Ces agressions sont punies de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende (Articles 222-27 et 222-31), mais peuvent engager jusqu'à 10 ans d'emprisonnement et 150 000 € d'amende en cas de circonstances aggravantes (Articles 222-28 à 222-30). La victime majeure peut déposer plainte dans un délai de 6 ans après l'agression sexuelle. Ce délai est porté à 20 ans après la majorité de la victime si l'agression sexuelle a été commise sur une personne mineure de moins de 15 ans, et à 10 ans si la victime était un mineur âgé de 15 ans à 18 ans.

iv. Les autres infractions sexuelles

D'autres infractions à caractère sexuel apparaissent dans le Code Pénal :

- **l'exhibition sexuelle** comme un élément de nudité corporelle imposé « à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public » (Article 222-32)
- **le harcèlement sexuel** défini comme suit : « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » (Article 222-33)
- le fait de favoriser ou de tenter de favoriser **la corruption d'un mineur**, c'est-à-dire toute action d'un adulte qui consisterait à « imposer (éventuellement via internet) à

un mineur, même de plus de 15 ans, des propos, des actes, des scènes ou des images susceptibles de le pousser à la dépravation sexuelle » (Article 227-22)

- **la détention, la diffusion et la consultation d'images ou de représentations pédopornographiques** (Articles 227-23 et 227-24)

- **les atteintes sexuelles** qui désignent tout acte sexuel d'un majeur avec un mineur pour lesquels aucun des moyens entrant dans la définition des agressions sexuelles

- violence, contrainte, menace ou surprise - n'a été employé

- **les comportements voyeuristes** définis par « le fait d'user de tout moyen afin d'apercevoir les parties intimes d'une personne que celle-ci, du fait de son habillement ou de sa présence dans un lieu clos, a caché à la vue des tiers, lorsqu'il est commis à l'insu ou sans le consentement de la personne » (l'article 226-3-1).

- **le proxénétisme** définie par le fait « d'aider, d'assister », « de protéger » ou « de tirer profit » de la prostitution d'autrui, ou encore « d'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution » (Article 225-5).

L'ensemble de ces infractions et de leurs caractéristiques est résumé dans un tableau en **Annexe 4** comprenant les peines encourues ainsi que les délais de prescription. Ces qualifications juridiques établies, il nous reste à comprendre quel rapport la loi entretient avec les violences sexuelles lorsqu'elles sont commises dans un cadre incestueux.

c. Cadre juridique de l'inceste

La notion d'inceste a longtemps posé problème en droit français. Avant 2010, la seule référence à l'inceste dans le Code Pénal était la notion de *circonstance aggravante* en cas de viol commis « par un ascendant légitime, naturel ou adoptif, ou par toute autre personne ayant autorité sur la victime » (92). Le législateur a finalement introduit des articles spécifiquement dédiés à l'inceste dans la loi du 8

février 2010 : celui-ci apparaît alors non pas comme une infraction spécifique mais comme une surqualification s'ajoutant aux infractions déjà existantes d'agression sexuelle. Les articles 222-31-1 et 227-27-2 du Code pénal visent alors les faits commis par : « l'ascendant, le frère ou la sœur, l'oncle ou la tante, le neveu ou la nièce, ou toute personne au sein de la famille qui a autorité de droit ou de fait sur le mineur ».

Ces articles ont fait l'objet de deux questions prioritaires de constitutionnalité du fait de l'imprécision du périmètre familial : traduire juridiquement une notion aussi complexe et polysémique que la famille a nécessairement posé des difficultés d'interprétation. Ces articles ont donc été abrogés en septembre 2011 par le Conseil Constitutionnel (93), puis ont été réintroduits dans la loi du 14 mars 2016 selon une liste limitative de personnes dont la proximité avec la victime entraîne le qualificatif d'inceste. Selon l'article 222-31-1, l'inceste caractérise alors des faits :

« commis sur la personne d'un mineur par

1° Un ascendant ;

2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ;

3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait ».

A la différence d'autres législations européennes - comme en Allemagne, aux Pays-Bas, en Angleterre, au Danemark et en Suisse (93) - l'inceste ne constitue donc pas une infraction spécifique dans le droit pénal français. Cette qualification, encore en vigueur à ce jour, continue d'être l'objet de critiques virulentes. D'une part, elle est sans conséquence sur le plan répressif puisqu'elle n'apporte qu'une *qualification symbolique* et non une peine supplémentaire par rapport à la circonstance

aggravante qu'a toujours constituée l'inceste. D'autre part, elle apparaît indissociable de la question de la minorité des victimes puisqu'elle ne s'applique qu'aux agressions sexuelles qui concernent les mineurs. Ainsi des viols commis par un père sur sa fille de 16 ans pourront être qualifiés d'incestueux, mais pas ceux commis sur sa fille de 18 ans. On peut donc reprocher à la loi actuelle son absence de reconnaissance du statut de victime chez certaines personnes majeures (93).

De plus, la violence sexuelle incestueuse réalisée par un descendant, fait rare mais existant, n'est pas reconnue. Alors que la précision "sur un ascendant légitime ou naturel ou sur les pères et les mères adoptifs" est bien signifiée comme circonstance aggravante du meurtre (Article 221-4), l'inceste n'est pas considéré dans sa possible dynamique ascendante et apparaît ainsi plus tabou encore que le meurtre.

En tant que médecin, il nous faudra donc être attentif aux limites de la loi comme recours et instrument d'une nécessaire reconnaissance des victimes dans leur statut. La variété des situations cliniques de l'inceste nous apprend que nous ne pourrions pas nous contenter de la définition que nous en donne la loi, celle-ci apparaissant trop limitative. D'ailleurs, la science médicale s'est elle aussi intéressée à la question des violences sexuelles pour tenter d'en donner sa propre définition.

C. Approche médicale de l'inceste

a. Les violences sexuelles en médecine

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence sexuelle comme suit : « Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne

indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. » (94). L'incapacité à donner son consentement est également évoquée, comprenant : les états d'ivresse ou secondaires à la consommation de drogues, la maladie mentale et l'état de sommeil. En complément de la définition principale apparaissent les différentes modalités de coercition : le recours à la force, l'intimidation, le chantage, les menaces (94).

Il existe plusieurs différences entre cette définition et celle de la loi française. D'abord, apparaît explicitement la notion de consentement, alors que le terme *inceste* n'y figure pas ; on imagine néanmoins que ce dernier peut être compris dans l'ombre du « foyer ». Ensuite, l'OMS a fait le choix de définir les *violences sexuelles*, contrairement au législateur qui s'attarde sur les *agressions sexuelles*. Le nom commun *agression* provient du latin *adgredi* qui signifie *aller vers, attaquer*. Il implique donc un mouvement actif et porte en lui la notion d'intentionnalité que l'on ne retrouve pas nécessairement dans le terme *violence*. En effet, si une personne peut agir avec violence en toute conscience et avec la volonté d'user de sa force, un évènement peut aussi être vécu comme violent sans que cela ne constitue une volonté de son auteur. Par exemple, lorsqu'un automobiliste acccidente la voiture d'une autre personne, le choc peut être très violent sans que l'automobiliste en question n'ait eu de velléités de nuire : il peut avoir eu conscience du danger, être coupable de ne pas avoir respecté le code de la route, mais on ne peut pas dire qu'il est l'auteur d'une agression à proprement parler.

On pourrait donc penser que le champ médical, avec ce choix de vocable, tente de se décaler de la loi, en se prévoyant de tout a priori sur les intentionnalités de l'auteur des actes. En France, la littérature médicale a d'ailleurs retenu le sigle AVS correspondant à l'expression *Auteurs de Violences Sexuelles*, comme en témoigne la

création des *Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles* ou CRIAVS en 2006. Néanmoins, d'autres appellations sont affiliées au vocabulaire juridique : les recommandations de bonne pratique de l'HAS évoquent les *Auteurs d'Aggressions Sexuelles* (AAS) et la littérature internationale utilise préférentiellement la dénomination *d'Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel* (AICS).

Le patient ici n'est pas défini par ses symptômes, mais par son statut juridique : l'auteur d'une part, la victime d'autre part. Cette utilisation d'un vocabulaire émanant d'une autre discipline, le droit, témoigne d'un certain inconfort de la médecine quant au rôle qu'elle a à jouer dans de telles circonstances. Ceci s'explique en partie par le fait qu'elle doit faire face à des missions de soin très différentes.

b. Les missions du médecin psychiatre

S'agissant des rapports entre inceste et psychiatrie aujourd'hui, nous retrouvons la dichotomie entre auteur et victime dans les classifications médicales internationales. La cinquième version du DSM, publiée en 2013 aux Etats-Unis, considère d'abord les violences sexuelles dans la section « Sévices et négligence » appartenant au chapitre « Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique ». On y retrouve deux mentions qui pourraient correspondre à des situations de violences sexuelles incestueuses : « Rencontre pour des soins de santé mentale pour un enfant victime de sévices sexuels par un parent » (V61.21 Z60.010) et « Sévices sur un adulte par une personne n'étant ni l'époux(se) ni le (la) partenaire » (995.83) (95). On retrouve dans la CIM 10 les intitulés « Difficultés liées à une enfance malheureuse » (Z61), « Difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat » (Z61.4) et « Aggression sexuelle par la force physique » (Y05) (96). Ici, il s'agit de la rencontre de

patients dont la symptomatologie va découler de leur expérience en tant que victime.

La victimologie constitue la branche de la psychiatrie s'intéressant à « l'approche des conséquences psychologiques des agressions, notamment à la pathologie victimaire » (97).

C'est dans un autre chapitre du manuel américain qu'apparaît le terme inceste : celui des troubles paraphiliques, que nous étudierons ultérieurement et qui a trait à la problématique de l'auteur des violences sexuelles. En effet, la psychiatrie se verra également intéressée par **l'agressologie**, en tant que science étudiant les comportements agressifs et les passages à l'acte. Le psychiatre sera amené à intervenir auprès des agresseurs dans des dimensions d'évaluation, de prise en charge mais aussi de prévention. L'HAS décrit les objectifs auprès des patients auteurs de violence sexuelle comme « la prise en charge de la souffrance du sujet, l'amélioration des fonctionnements psychologiques, relationnels et sociaux, ce qui peut contribuer à une réduction des conduites sexuelles inappropriées et à une diminution du risque de récurrence » (98). Le psychiatre intervient donc dans une double perspective, thérapeutique vis-à-vis du patient d'une part, et sociale vis-à-vis du danger que celui-ci représente pour la société.

Cette seconde mission donne au psychiatre un rôle particulier qui dépasse le seul intérêt de son patient, ce qui se traduit d'ailleurs dans les dispositifs de soins pénalement ordonnés que nous décrivons plus en détail ultérieurement. Cette intrication entre le monde médical et le monde judiciaire fait courir le risque de redonner à la psychiatrie un rôle de contrôle social, à l'instar de son passé asilaire. Carole Brami écrit à cet égard : « Les personnes venant consulter parce que la justice les y oblige ont, eux, tendance à nous mettre du côté d'une société qui veut les rééduquer, d'un Autre social vécu comme malveillant. Ils placent souvent notre

intervention non pas du côté du soin, ou d'une aide, mais du côté d'un contrôle social, voire d'un ordre moral. Il faut bien avouer qu'ils n'ont pas tout à fait tort. Il n'est pas nouveau que la psychiatrie ou la psychologie prennent cette place-là, historiquement, c'est même un grand classique. » (99).

Pourtant, la justice et la psychiatrie, lorsqu'elles œuvrent ensemble pour un bien commun, ne se voient pas attribuer les mêmes rôles : l'une juge et sanctionne, l'autre évalue et propose des soins. Il n'incombe pas au médecin une obligation de résultat quant à la prévention de la récidive mais bien une obligation de moyen. Néanmoins, devant l'importance de la responsabilité qu'implique ces prises en charges et la méconnaissance qui entoure souvent leur mise en place, le sentiment des soignants est fréquemment que « le juge se dégage de sa responsabilité, ou du moins l'allège, en la faisant porter au médecin ou au psychologue » (99). Il est indéniable que les soins pénalement ordonnés qui entourent les prises en charge des auteurs de violence sexuelle constituent un premier inconfort pour nombre de professionnels de santé.

c. Mécanismes contre-transférentiels

La seconde difficulté que rencontre le professionnel de santé lorsqu'il est amené à prendre en charge les auteurs de violence sexuelle intrafamiliale vient de la nature même des faits. Premièrement, ceux-ci ont trait à la violence. La fonction même du soignant apparaît ici contrariée, car ce dernier est davantage préparé à prendre en charge la souffrance chez les sujets victimes que ceux qui l'ont perpétrée. Rappelons ici le serment d'Hippocrate qui fait prononcer aux médecins : « J'interviendrai pour [...] protéger (les personnes) si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. » (100).

Deuxièmement, les faits qui nous intéressent sont relatifs à une sphère intime, la sexualité, qui demeure un sujet tabou, même en psychiatrie. Du fait de l'histoire de ses institutions, qui se sont construites auprès des ordres religieux, et de la nature même de cette discipline qui a très longtemps mis à distance le corps pour s'intéresser à l'esprit, l'interrogatoire psychiatrique présente encore des résistances à évoquer la sexualité. De plus, lorsque celle-ci implique des enfants, comme c'est souvent le cas lors de violences sexuelles intrafamiliales, elle résonne comme particulièrement insupportable.

Troisièmement, les faits se trouvent confrontés à un autre tabou qui vient encore fragiliser l'interlocuteur, celui de l'inceste. Devant cette triple confrontation – à la violence, à la sexualité et à l'inceste – la tentation est grande de s'accrocher à « des représentations très tranchées autour du monstre ou du pervers » (42), qui permettent de mettre à distance les sentiments d'horreur et tentent de déshumaniser l'individu pour mettre à l'abri le reste de l'humanité de tels agissements. Comme l'écrit Balier : « Le monstre doit périr car il ne fait pas partie de nous. » (101).

Ainsi, tous les ingrédients semblent réunis pour que le soignant présente **un contre-transfert** massif envers les auteurs de violences sexuelles intrafamiliales. Néanmoins, la prise en charge des victimes n'est pas sans écueil non plus. Au contraire du défaut d'empathie qui pourrait advenir auprès des patients agresseurs, les soignants s'exposent au risque d'être très impliqués émotionnellement auprès des victimes, au point parfois se retrouver eux-mêmes l'objet de mécanismes traumatiques. Le **stress traumatique secondaire ou stress de compassion** est défini comme suit : « les comportements et émotions naturelles résultant de la connaissance d'un événement traumatisant vécu par une personne proche. C'est le stress résultant d'aider ou de vouloir aider une personne traumatisée ou en

souffrance » (102). Il peut avoir pour conséquence le développement d'**une fatigue de compassion** : « un état de dysfonctionnement et d'épuisement biologique, psychologique et social résultant de l'exposition prolongée au stress de compassion et ce qu'il implique. C'est une forme de burnout. » (103). Il s'agit d'un concept proche de **la traumatisation vicariante** qui se manifeste par « de fortes émotions telles que la colère, l'outrage qui naissent de la répétition de l'exposition à des personnes en souffrance et à la prise de conscience de la cruauté et de l'indifférence potentielle de l'être humain » (104).

d. Positionnement éthique et idéologique

Quel que soit l'acteur de la relation incestueuse concerné, les professionnels de santé vont donc faire face à une prise en charge éprouvante. Ils seront effectivement, la plupart du temps, confrontés à cette dualité auteur - victime au cours d'une rencontre motivée par les souffrances qui découlent de la relation incestueuse. Néanmoins, le médecin sera parfois exposé à des discours qui reflètent l'absence d'intégration de l'interdit de l'inceste, tentent de le banaliser ou de le légitimer. Plus rarement, il rencontrera des sujets majeurs qui affirmeront *consentir* à entretenir des relations incestueuses. Non seulement le consentement lui-même devra toujours faire l'objet d'une interrogation, mais un tel choix de partenaire, au sein de sa propre famille, devra questionner en tant qu'il apparaît contraire au nécessaire processus de séparation du milieu d'origine.

Loin de se faire juge de ces situations et de détenir le savoir sur une notion aussi complexe que l'interdit de l'inceste, nous verrons comment le psychiatre sera donc conduit à se positionner. Il devra soutenir l'interdit de l'inceste pour des raisons **éthiques** d'abord, nécessaires à la protection des plus vulnérables et à l'instauration

d'un cadre thérapeutique. Il convoquera la prohibition de l'inceste pour des raisons **idéologiques** ensuite, propres à sa discipline. A travers son savoir théorique, il se fera en effet le promoteur de l'interdit de l'inceste en tant qu'il favorise les processus d'individuation et de séparation du milieu familial d'origine, nécessaires au développement et à l'épanouissement du sujet.

En conclusion, ce premier cheminement nous permet d'entrevoir toute la complexité de l'inceste et de sa prohibition. Il n'en existe pas de définition absolue puisqu'aucune ne permet d'appréhender l'étendue de ce que ces notions recouvrent. En fait, il n'est de définition de l'inceste et d'usage de ce terme qu'à partir d'un certain point de vue. A ce titre, l'inceste auquel se confronte la médecine ne peut se réduire à l'inceste juridique. Notre discipline devra donc se frayer son propre chemin pour apporter sa contribution à la caractérisation de l'inceste. A ce stade de notre réflexion, nous pouvons néanmoins affirmer qu'il y a inceste quand la sexualité n'est pas le langage approprié pour faire rapport à l'autre, lorsqu'il y a effraction : d'une norme sociale, garante de l'exogamie, et de l'intégrité d'une personne. Il nous faut dorénavant nous consacrer aux apports de la littérature psychiatrique pour mieux cerner les manifestations cliniques de l'inceste. Dans un souci de clarté et une recherche d'exhaustivité, nous avons choisi de nous attarder à décrire ses expressions cliniques à travers la victimologie, l'agressologie et à travers l'étude des familles qui y sont exposées.

II. CLINIQUE DE L'INCESTE

*Ils jouent un jeu. Ils jouent à ne pas jouer un jeu. Si je leur montre que je le vois, je briserai les règles et ils me puniront.
Je dois jouer leur jeu, qui consiste à ne pas voir que je vois le jeu.*

Ronald David Laing - Nœuds.

1. L'évènement inceste

A. Epidémiologie des violences sexuelles et incestueuses

a. Agressions, plaintes et condamnations

Les violences sexuelles représentent une problématique sociétale importante. Intéressons-nous dans un premier temps aux données administratives. D'après le Ministère de l'Intérieur, les services de police et de gendarmerie ont enregistré 22 900 dépôts de plainte pour viol en 2019, et 18 800 en 2018, dont 88 % concernaient des femmes (105). Les dernières données disponibles auprès du Ministère de la Justice datent quant à elles de 2018 : un total de 11 671 délits sexuels et de 1 269 viols ont fait l'objet d'une condamnation. Les viols constituaient 44% des crimes sanctionnés et 78% d'entre eux étaient des viols avec circonstances aggravantes (106), parmi lesquels donc les viols incestueux. D'après ces chiffres, **moins de 7% des plaintes pour viols aboutiraient à une condamnation de nature criminelle¹**.

Quoi que ces statistiques apparaissent déjà particulièrement basses, il nous faut

¹ 18 800 plaintes en 2018 pour 1269 crimes reconnus soit : $1269/18800 = 0,0675$

insister sur le fait qu'elles ne reflètent pas l'ampleur des violences sexuelles en France puisque les rapports de police, les études émanant du milieu médical ou encore d'organisations non gouvernementales conduisent à sous-estimer la prévalence des agressions sexuelles. En effet, seulement une minorité de victimes va déposer plainte ou s'exprimer auprès de ces services. Il nous faut donc nous tourner vers les enquêtes sociodémographiques, sondages et *enquêtes de victimation*. D'après l'enquête Cadre de Vie et Sécurité, sur la période 2011-2017, 17% seulement des victimes se sont présentées dans un commissariat ou une gendarmerie après une agression sexuelle et **seules 8% ont porté plainte** : ainsi 4 victimes sur 10 retirent leur plainte, abandonnent leurs démarches ou déposent une main courante (107).

D'après la lettre annuelle de l'Observatoire des violences faites aux femmes de 2019, 94 000 femmes majeures déclarent avoir été victimes de viols et/ou de tentatives de viols en 2018. S'y ajouteraient 20 000 hommes, 130 000 filles et 35 000 garçons selon le rapport d'enquête IPSOS publié en 2019, soit un total de 279 000 agressions sexuelles annuelles (108). Considérant le nombre de crimes sexuels déclarés (rappelons qu'en droit, la tentative vaut pour l'infraction) et le nombre d'agressions sanctionnées, moins **de 0,5 % de crimes sexuels feraient l'objet d'une condamnation**², soit une division par 10 des résultats obtenus à partir des données administratives déjà très basses. Ces résultats apparaissent compatibles avec le rapport de février 2018 de l'enquête Cadre de Vie et Sécurité qui stipule que sur les 8% de viols qui font l'objet d'une plainte, 74% sont classés sans suite et 10% seulement sont **jugés en cour d'assises, soit 1% de l'ensemble des viols**

² En 2018, 1279 condamnations ont été prononcées pour viols : $1279 / (94\ 000 + 20\ 000 + 130\ 000 + 35\ 000) = 0,0046$.

(107). Pour les victimes mineures, le pourcentage estimé de plaintes serait encore plus faible : il ne concernerait que 4% des viols et 10% de ces plaintes seulement seraient **jugées, soit 0,3% de l'ensemble des viols sur mineurs** (107).

Ces chiffres, s'ils sont impressionnants, posent néanmoins plusieurs difficultés d'interprétation. Les enquêtes sociodémographiques comprennent un biais de déclaration important qui ne peut pas être négligé. On ne peut pas considérer l'ensemble de ces accusations comme des agressions, puisqu'elles ne font pas l'objet d'un traitement judiciaire, seul à même de qualifier les crimes et les délits. Néanmoins, elles restent les meilleurs indicateurs de prévalence sur la violence sexuelle à ce jour et témoignent d'un énorme décalage entre le nombre effectif de violences sexuelles et le nombre d'affaires traitées par la justice, quand bien même le premier d'entre eux serait surestimé.

b. Epidémiologie des violences sexuelles incestueuses

Outre les données administratives, nous nous appuyons donc pour la suite de notre examen épidémiologique sur les données de l'enquête VIRAGE réalisée en 2015 auprès d'un échantillon de 27000 femmes et hommes, représentatif de la population âgée de 20 à 69 ans (109), ainsi que sur la lettre annuelle de l'Observatoire des violences faites aux femmes de 2019 déjà citée (108), et sur différents sondages compilés dans le rapport d'enquête IPSOS publié en 2019 (110).

Concernant les auteurs de violences sexuelles en France, nous apprenons que **99 % des auteurs condamnés pour violences sexuelles sont de sexe masculin** (108). Par ailleurs, le Ministère de la Justice indique que 67% des mineurs condamnés en 2018 pour crime l'ont été pour des faits de viol, soient 329 mineurs dont deux tiers ont moins de 16 ans (106).

A propos du genre et de l'âge des victimes, les enquêtes nous fournissent les données suivantes :

- 93 % des victimes majeures sont des femmes et 80 % des victimes mineures sont des filles (108)
- 54% des victimes sont mineures et parmi elles les trois quarts ont moins de 15 ans (108)
- pour les femmes, 54% des viols ont lieu avant 18 ans (109)
- pour les hommes 74% des viols ont lieu avant 18 ans (109)

De plus, ces enquêtes apparaissent informatives sur la question de l'inceste avec davantage de précision encore :

- 46% des femmes majeures victimes de viol ou de tentative de viol identifient leur agresseur comme une personne connue et différente de leur conjoint ou de leur ex-conjoint (108)
- **25 % des agressions sexuelles** ont lieu dans le milieu familial
- **75% des agressions sexuelles sur mineur** ont lieu dans le milieu familial
- les viols sont commis par des personnes **connues de la victime dans plus de 90% des cas** : par un membre de la famille dans la moitié des cas pour les victimes mineures, par une personne de la famille dans 80% des cas pour les victimes de moins de 15 ans (109)
- **6% des Français déclarent avoir été victimes d'inceste**, une proportion qui monte à 9% chez les femmes (110)
- **les enfants et plus particulièrement les filles sont les principales victimes des violences sexuelles incestueuses** ; parmi elles, 81% des violences sexuelles ont commencé avant 18 ans, 51% avant 11 ans et 21% avant 6 ans (110).

Nous verrons ultérieurement que la plupart des violences sexuelles incestueuses

ont lieu au sein de la famille nucléaire et concernent le plus fréquemment un abus père-fille, quoi que les autres formes d'inceste apparaissent probablement sous-évaluées.

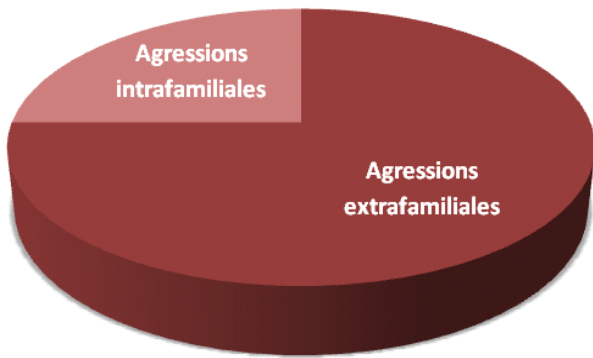


Fig 1. Agressions sexuelles en population générale

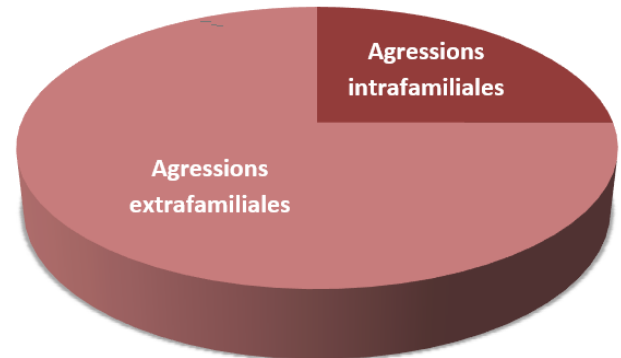


Fig 2. Agressions sexuelles en population mineure

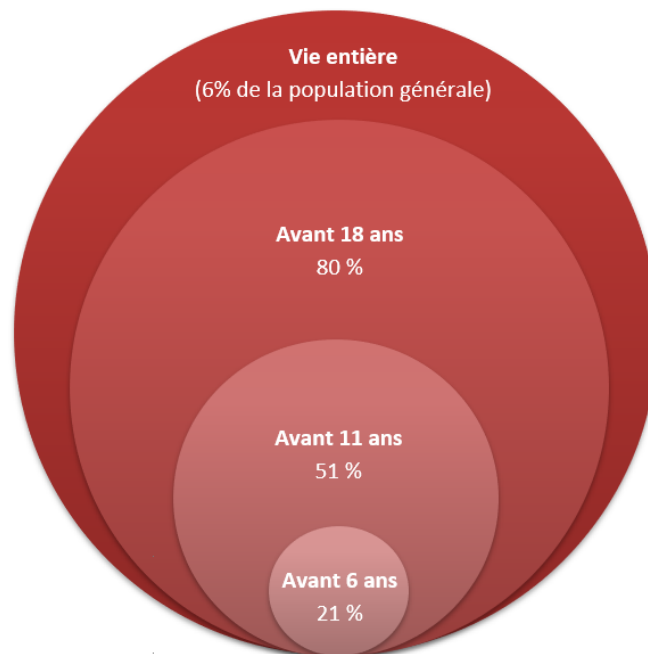


Fig 3. Agression sexuelle intrafamiliale et âge de la victime

Les violences sexuelles commises dans un contexte intrafamilial apparaissent donc relativement fréquentes. En effet, nous pouvons déduire des informations précédentes qu'environ 125 000 agressions de mineurs de moins de 15 ans ont lieu chaque année. Etant donné que pour 80% des mineurs de moins de 15 ans, ces violences sont le fait d'un membre de leur famille, il existerait donc au bas mot **96 000 agressions sexuelles incestueuses par an en France³**, ce calcul excluant toute agression sur des victimes de 15 ans et plus.

c. Statut des victimes

A ce stade de notre réflexion, nous nous rendons compte que les agressions sexuelles intrafamiliales ne sont pas rares, concernent principalement des victimes mineures, particulièrement vulnérables, et que les victimes sont rarement reconnues dans leur statut par la justice. Ceci s'explique en partie par le fait que, pour réaliser une démarche auprès de la justice, la victime va rencontrer de nombreuses difficultés et forces contraires, du fait : du jeune âge de certaines victimes ou de leur vulnérabilité, des liens qu'elles entretiennent avec l'agresseur (lien conjugal, familial, d'autorité, de dépendance et d'emprise), des menaces et pressions qu'elles peuvent subir de la part de ce dernier ou de l'entourage, de la peur de ne pas être crues, d'être mises en cause, de ne pas être protégées, des sentiments de honte et de culpabilité, mais aussi de l'importance de leurs troubles psychotraumatiques (109).

L'enquête IPSOS a permis de mettre en lumière que les statistiques du viol ainsi que sa définition juridique sont encore largement ignorées de la population française en 2019 puisque :

³ 75% des agressions sur mineurs concernent les moins de 15 ans et on décompte 130 000 victimes filles et 35 000 victimes garçons : $0,75 \times (130\,000 + 35\,000) = 123\,750$

- un français sur deux considère que « forcer une personne à faire une fellation n'est pas un viol mais une agression sexuelle »,
- 25 % des français estiment que « réaliser un acte de pénétration sexuelle avec le doigt sur une personne qui le refuse n'est pas un viol »
- 15% des Français considèrent qu' « il n'y a pas de viol quand une personne cède quand on la force »
- un français sur deux estime que « les viols sont majoritairement le fait d'inconnus dans l'espace public » (110).

De telles représentations ne peuvent que desservir la reconnaissance des victimes. A cette méconnaissance de la loi et de la réalité du viol s'ajoute la persistance de croyances sur les circonstances du viol et la responsabilité des victimes :

- 43% des Français considèrent qu' « une victime qui se défend vraiment fait fuir le violeur »
- 37 % d'entre eux estiment que les victimes accusent souvent à tort, « par déception » ou « pour se venger » de leur agresseur
- 31 % pensent qu'une victime est « en partie responsable si elle a eu des relations sexuelles avec le violeur »
- 32% d'entre eux affirment qu' « un malentendu est souvent à l'origine d'un viol » (110).

Ainsi, nous voyons l'ampleur des difficultés auxquelles doivent se confronter les victimes de violences sexuelles intrafamiliales : parce qu'elles sont souvent mineures d'une part, et parce que de nombreux obstacles s'opposent à la reconnaissance des faits qu'elles ont subi. Le médecin, et le psychiatre en particulier, devront donc être attentifs à leur parole, mais aussi rechercher l'existence de ces faits chez les patients

qu'ils rencontrent, faits à l'origine de psychotraumatismes.

B. Psychotraumatisme

a. Définition de l'évènement traumatique

L'ensemble de la clinique retrouvée chez les victimes d'abus sexuels découle de leur exposition à un ou plusieurs évènements traumatiques de caractère sexuel. Le traumatisme est défini comme suit par le collège des enseignants de psychiatrie : « événement au cours duquel le sujet ou d'autres personnes ont pu être menacé(es) de mort ou trouver la mort ou encourir des blessures graves, et qui entraîne chez le sujet une réaction de frayeur, un sentiment d'horreur et d'impuissance. La nature de l'évènement est variable mais pour parler d'évènement traumatique, il doit être responsable d'un fort sentiment de débordement associé à un vécu d'impuissance chez le sujet. » (111)

Le Vocabulaire de la psychanalyse en donne quant à lui la définition suivante : « évènement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité d'où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. En termes économiques, le traumatisme se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif, relativement à la tolérance du sujet et à sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations. » (112).

A partir de ces deux définitions, nous pouvons associer 3 caractéristiques à un évènement pour être qualifié de traumatique. Ce dernier doit :

- être suffisamment intense pour dépasser les capacités d'assimilation du sujet
- représenter une menace au moment des faits au sens où il met en jeu l'intégrité physique et/ou psychique du sujet, ou de personnes à proximité du sujet (proximité

géographique ou symbolique)

- avoir des conséquences sur les sentiments, les réactions, le fonctionnement ou l'organisation du sujet.

b. Typologie des traumatismes

Plusieurs typologies des événements traumatiques ont été proposées. Nous en exposerons ici quelques-unes, afin d'obtenir des repères pour l'examen clinique des familles incestueuses.

En premier lieu, notons que les événements traumatiques peuvent être distingués à partir de leur nature, selon qu'ils sont produits : sous l'effet de catastrophes naturelles (comme les inondations ou tremblements de terre), d'accidents causés par l'erreur humaine ou technique (comme les accidents de voiture ou certains incendies) ou des actes de violences interpersonnelles (comme les agressions physiques ou les attentats). C'est évidemment à cette dernière catégorie que les abus sexuels intrafamiliaux appartiennent. D'après la littérature, les abus sexuels apparaîtraient comme les faits les plus traumatogènes à côté des actes de torture et de barbarie (113, 114), notamment du fait qu'ils impliquent la relation humaine.

Cependant, il serait trop simpliste de croire que la nature des faits suffit à elle seule à prédire les conséquences psychopathologiques ; une telle corrélation ne ferait qu'ignorer l'intervention de nombreux autres facteurs. Pour E. Vermeiren, « il n'est pas question de définir a priori si un événement est plus ou moins traumatogène selon qu'il est ou non intentionnel, mais de s'approcher au plus près de ce en quoi il heurte les convictions et les représentations du sujet » (115). En réalité, peu de travaux permettent aujourd'hui de comprendre clairement les liens de causalité entre inceste et pathologie. Pour Van Gijsegem, un abus sexuel

intrafamilial aura des conséquences psychologiques chez un enfant abusé dans presque la totalité des cas (116). Pour Kendall-Tackett et ses collaborateurs, un tiers des victimes environ ne développe aucun symptôme (117). Pour Hunter et Childers enfin, cités par Haesevoets, les enfants en période de latence et les jeunes adultes apparaissent comme les populations les plus à risque de développer des manifestations psychopathologiques en cas de violences sexuelles intra familiales (1). Haesevoets ajoute qu'il existe de nombreuses difficultés méthodologiques dans la littérature développée ici : du fait du peu d'études comparatives, d'échantillons de petite taille, non représentatifs ou non homogènes, ou encore de confusion entre des variables indépendantes comme les maltraitances associées ou les dysfonctionnements familiaux (1).

Notons d'ailleurs que la caractérisation « traumatogène » elle-même peut sembler équivoque : un fait hautement traumatogène peut à la fois désigner un évènement pourvoyeur d'une forte probabilité de manifestations pathogènes et un phénomène à l'origine de manifestations pathogènes intenses⁴. Tout l'intérêt de catégoriser les évènements traumatiques ne réside en fait pas dans cette approche quantitative, mais plutôt dans une dimension qualitative. Pour Haesevoets, certaines caractéristiques du traumatisme peuvent être informatives quant à l'expression clinique ultérieure chez la victime : « la fréquence et la durée de l'abus, l'abus avec pénétration, le recours à la menace, à la force ou l'utilisation de la violence et la relation de proximité avec l'abuseur sont souvent évoqués en tant qu'éléments les

⁴ Le terme « traumatogène » est construit à partir du même suffixe que le terme « cancérigène », pour qui pourtant ne se pose pas cette difficulté sémantique. Est cancérigène ce qui augmente la probabilité de développer un cancer, chez un individu ou au sein d'une population. La différence vient du fait que le caractère traumatique d'un phénomène implique une notion de continuum, alors que le cancer désigne une réalité binaire : un individu est atteint ou non du cancer, alors qu'il apparaît traumatisé par un évènement à des degrés divers.

plus néfastes en matière d'effets à long terme sur l'enfant » (1). C'est pourquoi les caractéristiques du traumatisme apparaissent si intéressantes. Poursuivons notre examen typologique.

Une tentative de catégorisation nous semble particulièrement féconde pour distinguer les différents traumatismes. Celle-ci s'intéresse non seulement à la nature de l'évènement, mais aussi à son éventuelle répétition et aux conditions de son exposition. Les deux premiers types de traumatisme ont été décrits par Lénore Terr (118) et le troisième proposé par Solomon et Heide (119), le tout dans les années 1990. La psychologue et clinicienne belge E. Josse a proposé un quatrième type, mais celui-ci échoue à constituer une entité autonome des trois autres types en cela que ce dernier peut, contrairement aux trois premiers, s'associer aux autres (120). Le type IV apparaît donc davantage comme une surqualification : la persistance ou non de l'exposition au traumatisme au moment présent. Nous avons néanmoins choisi de la faire figurer car cette caractéristique est fondamentale à prendre en compte dans l'exercice clinique. Un même évènement sera donc catégorisé comme étant de **type I, II ou III, et surqualifié ou non de type IV**. En revanche, plusieurs évènements de plusieurs types peuvent se rencontrer chez un même sujet. Le tableau ci-dessous résume les principales caractéristiques des quatre types de traumatisme.

	Traumatisme de type I	Traumatisme de type II	Traumatisme de type III	Traumatisme de type IV
Type d'événement	Événement traumatique unique présentant un commencement et une fin nets	Événement répété, présent constamment ou qui a menacé de se reproduire à tout instant durant une longue période de temps	Événements multiples, envahissants et violents présents durant une longue période de temps	Tout événement cité précédemment qui se poursuit au temps présent
Agent stressant	Aigu Monomorphe Passé	Chronique Monomorphe Passé	Chronique Polymorphe Passé	Aigu ou chronique Monomorphe ou polymorphe Présent
Exemples généraux	Catastrophe naturelle Prise d'otage Accident de voiture Agression physique ou sexuelle à occurrence unique	Violences physiques en situation de guerre Harçèlement moral en contexte professionnel Violences physiques intrafamiliales	Séances multiples en temps de guerre : humiliation, violence physiques et sexuelle Violences multiples intrafamiliales	Tous les exemples précédents qui auraient encore cours au moment de la rencontre de la victime
Exemple clinique de violences sexuelles intrafamiliales	Viol par un parent qui est venu rendre une visite ponctuelle sans menace qu'elle se reproduise <u>Exemple :</u> <i>Agression sexuelle de la part d'un cousin qui vit en Amérique et est de fait rencontré à une occasion exceptionnelle, dont la visite ne risque donc pas de se reproduire.</i>	Viol par un parent avec qui la victime est régulièrement en contact <u>Exemple :</u> <i>Agression sexuelle de la part de ce même cousin, dorénavant rentré d'Amérique et qui est donc rencontré régulièrement dans des contextes familiaux</i>	Viol par un parent associé à du harcèlement psychologique et à de la maltraitance physique <u>Exemple :</u> <i>Agression sexuelle par un père maltraitant et tyrannique qui vit au domicile</i>	Tous les exemples précédents qui auraient cours au moment de la rencontre avec la victime <u>Exemple :</u> <i>Enfant qui dévoile les abus sexuels en cours d'un parent en consultation</i>

Tab 1. Typologie des traumatismes

Judith Herman, professeur à la Harvard Medical School, distingue quant à elle les « **traumatismes simples** » et les « **traumatismes complexes** ». Les premiers sont à assimiler aux traumatismes de type 1 tandis que les seconds apparaissent comme « le résultat d'une victimisation chronique, de l'assujettissement à une personne ou à un groupe de personnes dans le temps » (121). Ce dernier type se rapproche donc des traumatismes de type II et III. Ici, les termes *simples* et *complexes* ne doivent pas porter à confusion : encore une fois, cette catégorisation ne permet de prédire ni la probabilité ni l'intensité des conséquences psychotraumatiques en cas de violence sexuelle et tous les types d'évènement traumatiques doivent être considérés comme potentiellement à l'origine d'une grande souffrance. En revanche, cette typologie du traumatisme permet de mieux appréhender les manifestations symptomatiques, dans leur nature et leur temporalité.

c. Généralités sur la victime

L'évènement traumatique peut également être qualifié à partir de la position d'une victime considérée en particulier, selon son degré d'exposition. On distingue ainsi :

- **les traumatismes directs** : elles concernent l'ensemble des victimes dites

primaires, c'est-à-dire les survivants exposés directement à l'évènement, mais aussi les éventuels témoins et sauveteurs.

- **les traumatismes indirectes** : elles peuvent potentiellement concerner

l'entourage direct de la victime primaire et tous les professionnels qui sont en contact avec elle en situation de crise.

- **les traumatismes vicariants** : elles peuvent potentiellement concerner les

intervenants de deuxième ligne, c'est-à-dire les accompagnants à moyen et long terme de la victime primaire, comme nous l'avons précédemment évoqué (104).

Des personnes assez éloignées de l'évènement traumatique vont donc pouvoir être victimes de l'onde de choc qu'il perpétue. Le degré de proximité de l'évènement orientera en partie l'expression clinique, mais ne doit pas à lui seul faire évoquer au clinicien l'impact psychopathologique sur la victime. Les traumatisations directes apparaîtront comme les plus traumatogènes, mais les différentes traumatisations pourront nécessiter un accompagnement thérapeutique.

Identifier les victimes dans les situations d'inceste n'est pas toujours tâche aisée. Pourtant, cette reconnaissance apparaît nécessaire à leur parcours de résilience. Lorsqu'il existe une activité sexuelle entre un adulte et un enfant, sera désignée comme victime l'enfant, du fait de sa vulnérabilité, de son incapacité à donner son consentement et de son rapport de dépendance physique et psychologique à l'adulte. Sgroi écrit à ce propos dès 1986 : « les enfants sont toujours ceux qui souffrent de l'exploitation sexuelle, même quand ils participent volontairement et avec enthousiasme aux rapports sexuels » (122).

Néanmoins, les configurations incestueuses peuvent s'avérer complexes et peuvent aussi concerner : des faits entre adultes, consentants ou non, ou des faits entre mineurs. Parfois, l'écart d'âge, l'usage de la force pour contraindre l'autre, ou des situations d'abus de pouvoir rendront évidente la répartition des rôles entre agresseur et victime. Néanmoins, d'autres situations apparaîtront délicates, d'autant plus que certains acteurs de la relation incestueuse présenteront eux-mêmes des difficultés à se positionner et à identifier le rôle qu'ils y ont joué : la culpabilité n'aura pas forcément cours là où on l'attend. Cette confusion, nous le verrons ultérieurement, peut être induite par la nature même des mécanismes relationnels incestueux. Mais elle peut également être le fait de réactions psychiques propres à la victime, notamment les phénomènes dissociatifs.

2. Clinique de l'inceste en victimologie

A. La dissociation

a. Dissociation péri-traumatique

La dissociation renvoie à l'idée d'« auto-clivage » de Ferenczi telle nous l'avons décrite précédemment. Elle est définie par le DSM V comme : « une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement » (95). Cette définition s'accompagne de la description des phénomènes pathologiques qui en découlent, **les troubles**

dissociatifs péri-traumatiques, dont les principaux sont :

- **le trouble dissociatif de l'identité** défini comme une « perturbation de l'identité caractérisée par deux ou plusieurs états de personnalité distincts, ce qui peut être décrit dans certaines cultures comme une expérience de possession. La perturbation de l'identité implique une discontinuité marquée du sens de soi et de l'agentivité, accompagnée d'altérations, en rapport avec celle-ci, de l'affect, du comportement, de la conscience, de la mémoire, de la perception, de la cognition et/ou du fonctionnement sensorimoteur. ».

- **l'amnésie dissociative** définie comme une « incapacité de se rappeler des informations autobiographiques importantes, habituellement importantes ou stressantes, qui ne peut pas être un oubli banal ». L'amnésie dissociative peut s'accompagner d'**une fugue dissociative** : une « errance en état de perplexité ».

- **la dépersonnalisation et la déréalisation** définis comme des « expériences d'irréalité », la sensation « d'être un observateur extérieur de ses propres pensées, de ses sentiments, de ses sensations, de son corps ou de ses actes » ou une expérience de « détachement du monde extérieur » (123).

La dissociation traumatique, et les troubles qui lui sont liés, sont le résultat de mécanismes neurobiologiques mis en place par le cerveau pour survivre à un stress extrême. Le Dr Muriel Salmona, fondatrice de l'association *Mémoire traumatique et victimologie*, s'est appliquée à décrire ces phénomènes cérébraux (124).

b. Mécanismes neurobiologiques de la dissociation

i. Réponse physiologique à un stress

Faisons quelques rappels des structures neuroanatomiques. Le système limbique joue un rôle essentiel dans la mémoire à long terme et la réponse émotionnelle. Il comprend différentes structures : l'hippocampe, l'amygdale, le striatum ventral, le cortex associatif limbique, les noyaux du thalamus et de l'hypothalamus. On peut grossièrement diviser le système limbique en deux composants majeurs selon leur structure et leur fonction :

- les circuits impliquant **l'hippocampe**, siège de la **mémoire explicite**. La mémoire explicite a trait à la mémoire épisodique d'une part, qui concerne les événements autobiographiques, et à la mémoire sémantique d'autre part, qui concerne les apprentissages (le langage et les connaissances encyclopédiques).

- les circuits impliquant **l'amygdale**, siège du **contrôle de la réponse émotionnelle d'une part**, à l'origine de réactions physiologiques et comportementales, et de **la mémoire implicite d'autre part**. La mémoire implicite a trait à la mémoire procédurale qui définit les automatismes nous permettant de marcher, conduire, réaliser une activité routinière préalablement apprise et répétée, sans mobiliser de pensées conscientes.

La majorité des afférences à la formation hippocampique et à l'amygdale proviennent du **cortex associatif** qui est quant à lui impliqué dans **le traitement complexe de l'information**, nécessaire aux processus d'élaboration et d'analyse (125).

Lorsqu'advient un danger soudain, il provoque un stimulus sensoriel. Prenons l'exemple d'une casserole pleine d'eau bouillante qui se renverse. L'identification visuelle du phénomène dangereux va constituer un stimulus. Celui-ci va atteindre le thalamus sensoriel puis l'information va être prise en charge par deux voies.

La première est une voie courte et rapide : il s'agit de **la voie thalamo-amygdalienne**. L'information emprunte cette voie sous-corticale pour activer directement l'amygdale et permettre à l'individu de réagir rapidement à la menace. Dans notre exemple, il pourrait s'agir d'initier un mouvement de recul pour éviter d'être ébouillanté. L'amygdale engage donc une réponse comportementale avant même que le danger ne soit perçu par le cortex sensoriel et reconnu par le cortex associatif. De plus, face au danger, l'organisme doit se tenir prêt à engager une réaction psychomotrice adaptée, par exemple prendre la fuite devant un prédateur. Pour cela, la voie thalamo-amygdalienne est à l'origine de plusieurs mécanismes :

- une réponse comportementale immédiate précédemment décrite, par action sur la substance grise péri-aqueducale
- une réponse végétative immédiate par activation du système nerveux autonome sympathique, aboutissant à la libération par les glandes médullosurrénales d'adrénaline et de noradrénaline qui vont agir en périphérie pour préparer l'organisme à l'éventualité d'un effort physique intense (augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, de la fréquence respiratoire...)
- une réponse endocrinienne différée par action sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui, par la sécrétion de CRH et d'ACTH, induit une libération surrénalienne de cortisol, elle-même à l'origine d'une augmentation du glucose par stimulation de la néoglucogénèse hépatique.
- une réponse motivationnelle qui active le circuit de la récompense par libération de

dopamine.

La seconde voie à faire suite à notre stimulus sensoriel est une voie longue, plus complexe et plus lente : il s'agit de **la voie thalamo-cortico-amygdalienne**.

L'information emprunte cette fois-ci une voie corticale pour activer le cortex sensoriel et sensitif puis le cortex associatif et l'hippocampe. Cette voie va permettre une analyse de la situation de deux manières :

- d'une part, en traitant les informations sensorielles pour les transformer en représentations et en concepts grâce au cortex associatif
- d'autre part, en les confrontant aux expériences passées et aux apprentissages grâce à l'hippocampe.

Grâce à un rétrocontrôle négatif, cette voie va moduler l'activation de l'amygdale issue de la première voie, et ainsi réguler la réponse émotionnelle, notamment lorsque la situation stressante a été résolue. De plus, la mémoire émotionnelle de l'événement est intégrée par l'hippocampe pour être transformée en mémoire explicite et rejoindre le pool des expériences du sujet.

En résumé, face à un danger, la réaction normale est la suivante : la situation génère un stress physiologique et émotionnel entraînant une première réaction comportementale et une préparation de l'organisme à une éventuelle réponse psychomotrice. Puis, suite à l'analyse corticale de l'état de la situation menaçante, cette réponse est secondairement modulée.

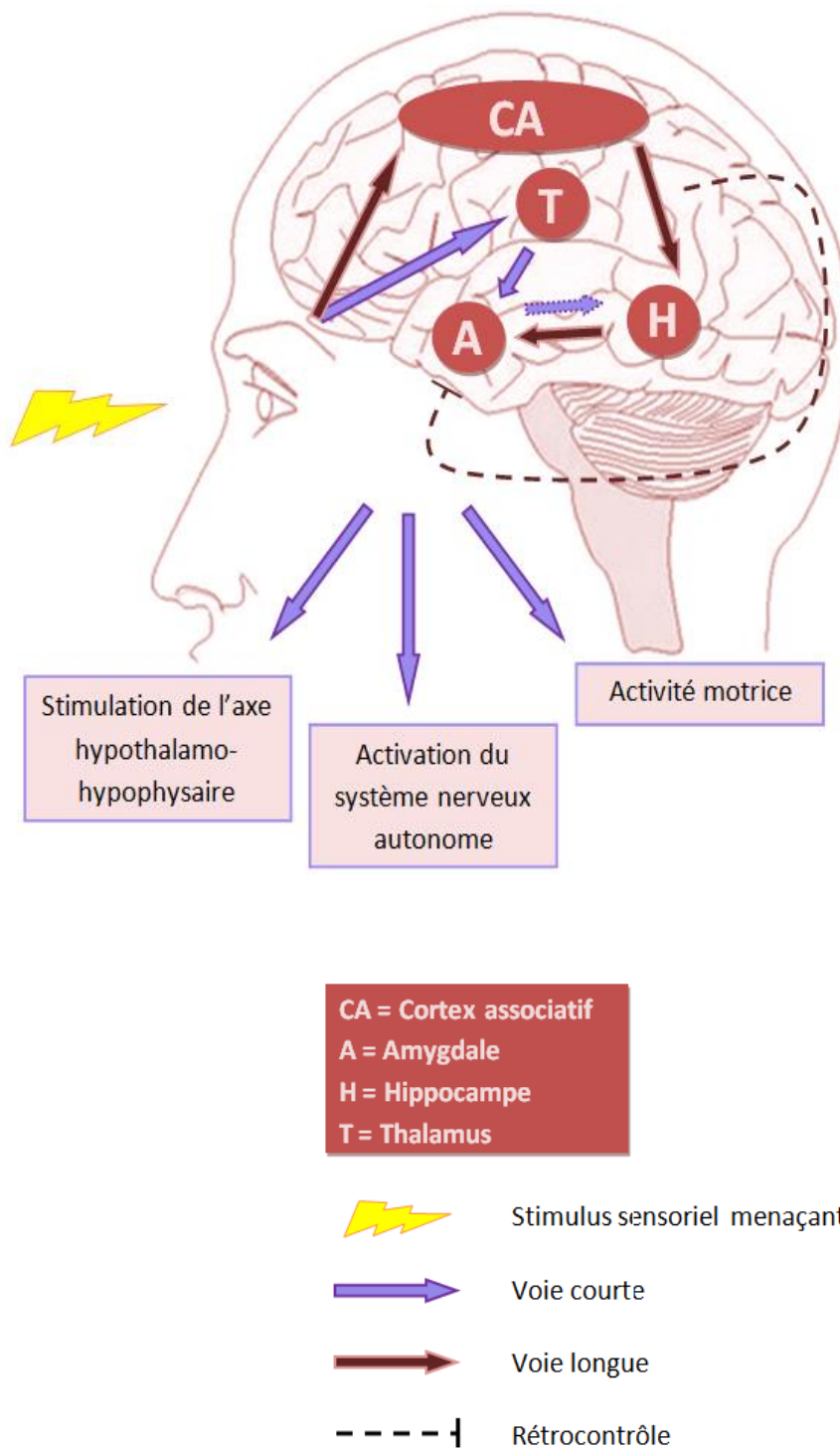


Fig 4. Réponse physiologique à un stress

ii. Réponse pathologique à un stress

Devant un stress trop important - un évènement de type traumatique - advient une sidération psychique : le traitement des informations par la seconde voie est gelé, la modulation de la première voie n'a pas lieu et l'amygdale reste activée, entraînant une réponse émotionnelle excessive. De par ses effets périphériques, cette réponse entraîne un risque vital pour l'organisme qui ne peut supporter une trop grande stimulation cardiovasculaire et des taux d'adrénaline, de cortisol et de glucose devenus toxiques. Le système, débordé, se met alors à produire de nouvelles hormones, en particulier des morphiniques, qui vont provoquer un « court-circuit » et isoler l'amygdale des autres structures cérébrales.

Indépendamment des évènements extérieurs, que l'évènement traumatique soit encore menaçant ou non, l'état de stress physiologique s'apaise suite à ce *court-circuit*. Voici ce qui advient chez le sujet. L'amygdale est déconnectée du cortex associatif qui ne va plus recevoir d'information émotionnelle : le sujet n'accède plus à ses émotions. Les ressentis physiques sont atténués du fait de la présence d'endorphines : le sujet ne ressent plus les phénomènes douloureux. Les stimuli sensoriels qui continuent de parvenir au cortex associatif vont susciter une impression d'étrangeté, d'irréalité : le sujet se sent spectateur de ce qui lui arrive, puisqu'il est par ailleurs coupé de ses émotions et de ses ressentis physiques. On retrouve donc ici l'ensemble de la clinique de la dissociation, comme décrite précédemment.

Ajoutons qu'après le *court-circuit*, l'amygdale est également déconnectée de l'hippocampe. La mémoire implicite ne peut pas être transformée en mémoire explicite – ce qui explique les phénomènes d'amnésie traumatique - et les émotions se retrouvent ainsi *piégées* dans l'amygdale, sans traitement ni modulation par le

cortex associatif et l'hippocampe. Ce phénomène est à l'origine de ce que Muriel Salmona appelle la **mémoire traumatique** (124), une mémoire brute, non consciente et hors temps, qui va se réactiver à l'occasion de certains stimuli, condamnant les victimes à revivre à l'identique les événements traumatiques. Ces phénomènes constituent **les troubles dissociatifs post-traumatiques**.

c. Dissociation post-traumatique

Au chapitre « Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress », le DSM définit deux grandes entités syndromiques caractérisées par l'apparition de symptômes psychiatriques après exposition à un ou plusieurs événements traumatiques : le trouble stress aigu (TSA) et le trouble stress post-traumatique (TSPT) (123).

Ainsi, **le trouble stress aigu** est défini par :

- La survenue de symptômes **après exposition à un événement traumatique**
- La subsistance de ces symptômes de **3 jours à un mois après l'exposition**
- L'association d'au moins 9 symptômes parmi les suivants :
 - **Les symptômes envahissants** : des rêves ou des souvenirs relatifs à l'évènement traumatique qui apparaissent répétitifs, involontaires et sont à l'origine d'un sentiment de détresse (auparavant définis dans le DSM IV comme des reviviscences) ; des réactions dissociatives au cours desquels l'individu se sent ou agit comme si l'évènement traumatique allait se reproduire ; un sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices pouvant évoquer l'évènement traumatique en cause.
 - **L'humeur négative**
 - **Les symptômes dissociatifs** : dépersonnalisation ; déréalisation ;

amnésie dissociative.

- **Les symptômes d'évitement** : des efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments relatifs à l'évènement traumatique ; des efforts également pour éviter les rappels externes qui pourraient réveiller de tels phénomènes.
- **Les symptômes d'éveil** : la perturbation du sommeil ; un comportement irritable ou des accès de colère ; une hypervigilance ; des difficultés de concentration ; des réactions de sursaut exagérés.

Le trouble post-traumatique est quant à lui défini par des manifestations symptomatiques sensiblement identiques – quoi que le DSM insiste encore davantage dans cette entité syndromique sur l'ampleur des manifestations cognitives et dysthymiques – mais concerne quant à lui les troubles d'**une durée supérieure à un mois**.

Ces deux tableaux cliniques peuvent se retrouver chez l'adulte comme chez l'enfant, même si l'expression symptomatique chez ce dernier est spécifiée comme s'exprimant un peu différemment. A côté de ces deux entités, apparaissent plusieurs autres diagnostics parmi lesquels deux diagnostics réservés à l'enfant victime de psychotraumatisme :

- **le trouble réactionnel de l'attachement** qui définit un « mode relationnel durable vis-à-vis des adultes qui prennent soin de l'enfant, caractérisé par un comportement inhibé et un retrait émotionnel ».
- **la désinhibition du contact social** qui définit un « mode relationnel avec lequel un enfant s'approche activement et interagit avec des adultes inconnus ».

Ces entités apparaissent comme **une complication majeure des**

traumatismes simples, de type I, mais peuvent aussi, eu égard aux caractéristiques communes des différents traumatismes, toucher les victimes de **traumatisme complexe, de type II et III**. Ce chapitre du DSM permet d'entrevoir la potentialité pathologique des événements traumatiques à travers des manifestations symptomatiques variées, ici regroupées en des tableaux cliniques spécifiques. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que l'identification des situations traumatiques ne doit pas se suffire de la recherche de ces seules entités syndromiques, car la plupart des manifestations symptomatiques seront aspécifiques.

B. Des signes d'appel aux symptômes aspécifiques

a. Signes d'appel

D'après les recommandations de l'HAS à propos du repérage et du signalement de l'inceste, le médecin doit faire preuve d'une vigilance et d'une attention particulière pour identifier les violences sexuelles intrafamiliales, en particulier lorsqu'elles s'exercent en population pédiatrique ou auprès de personnes vulnérables, face auxquelles il aura un devoir de signalement (126) (**Annexe 5**).

Doivent être recherchées des violences sexuelles lorsqu'il existe :

- des symptômes qui « s'associent entre eux, se répètent, s'inscrivent dans la durée, ne trouvent pas d'explications rationnelles »
- des signes de négligence ou de maltraitance physique
- des signes de la sphère uro-génitale chez le mineur, en particulier avant l'adolescence
- une modification du comportement habituel du mineur, pour laquelle il n'existe pas d'explication claire, en particulier un comportement sexuel anormal par rapport à l'âge (126).

Pour Beitchman J. et Al (127), la majorité des effets à court ou moyen terme décrits dans la littérature constituent des symptômes qui caractérisent n'importe quel échantillon clinique d'enfants maltraités, à l'exception des comportements et propos sexualisés. Plusieurs auteurs ont tenté d'identifier des signes cliniques spécifiques de l'abus sexuel ou de caractériser la spécificité de la souffrance qu'il occasionne. Certaines vignettes symptomatiques apparaissent fréquentes chez ces victimes, parmi lesquelles : la sexualisation, la blessure narcissique et la culpabilité.

b. Symptômes fréquents et leurs spécificités

i. La sexualisation

L'abus sexuel peut provoquer des *comportements sexuels problématiques* (CSP). L'enfant va présenter des attitudes, des propos ou des jeux à connotation sexuelle, des conduites de masturbation compulsive, des expositions de sa nudité, une connaissance ou des intérêts sexuels inadaptés à sa tranche d'âge, des attitudes séductrices exagérées, ou encore des passages à l'acte sexuels sur autrui. Ici, la stimulation sexuelle précoce intervient dans une phase de développement qui n'est pas adaptée à l'intégration d'une sexualité de type adulte. Le mineur va apprendre à utiliser un comportement sexuel pour obtenir des gratifications, notamment affectives, et utiliser ses parties génitales dans des comportements interactifs qu'il interprète comme normaux (1). Chez l'adolescent et l'adulte, s'ajouteront potentiellement des conduites sexuelles à risque (promiscuité sexuelle, prostitution, multiplication des partenaires, rapports non protégés...) et des troubles de la sexualité (frigidité, dyspareunies, troubles érectiles, etc ...) que nous examinerons ultérieurement.

ii. La blessure narcissique

Les souffrances physiques et psychologiques éprouvées par la victime secondairement à la violence mise en place par l'agresseur (verbale, physique, psychologique) alimenteront à la fois la mémoire traumatique et des sentiments destructeurs associés à la pulsion de mort. Si le corps est meurtri, l'esprit de la victime est lui aussi endommagé par l'effraction que constitue l'agression sexuelle. Un fort degré de coercition confortera d'autant plus les mécanismes de *dé-subjectalisation*, au sens employé par S. Tisseron⁵, et empêchera les mécanismes de *subjectalisation* chez l'enfant en tant que sujet en construction. Il empêchera la victime de développer ses propres capacités à désirer et à investir le monde : sans *subjectalisation* comme processus impliquant l'Autre, la *subjectivation* comme processus individuel ne pourra émerger correctement, en tant que mécanisme permettant d'être et de devenir sujet. Instrumentalisée par l'agresseur, rendue à un état d'impuissance et considérée comme un objet, nous verrons ultérieurement comment la relation incestueuse va déposséder la victime de sa subjectivité et de ses désirs propres, au point parfois de confondre le désir de son agresseur avec le sien.

Peut alors survenir un véritable *syndrome de Stockholm*. Initialement étudié lors de prises d'otage, ce syndrome décrit une réaction paradoxale des victimes qui développent des sentiments positifs envers leur ravisseur et des sentiments négatifs envers les autorités et les forces de l'ordre qui interviennent (128). Les liens de filiation seront particulièrement propices à ce que les victimes, notamment les enfants « s'hyper-adaptent à leurs agresseurs » (129). Le Dr Salmona écrit à ce

⁵ S Tisseron, 2013 : « En fait, l'idée sous-jacente est la même : l'être humain est constamment poussé à symboliser (son identité, sa place dans la succession des générations, ses désirs...), mais il n'y parvient qu'à travers des échanges avec d'autres. Inversement, tout ce qui l'en empêche menace sa construction, à commencer par l'absence d'un interlocuteur susceptible d'accompagner ses diverses expériences du monde. »

sujet : « pour cela ils s'identifient à eux, ils apprennent à percevoir et à anticiper leurs moindres changements d'humeur. [...] Il est essentiel que ceux-ci ne soient jamais contrariés, ni énervés, ni frustrés, il faut donc les connaître parfaitement, être en permanence attentifs à ce qu'ils font, à ce qu'ils pensent. Ce phénomène peut donner l'impression aux enfants d'être très attachés à leurs bourreaux puisque ces derniers prennent toute la place dans leur tête [...]. Les enfants peuvent croire que leurs agresseurs comptent plus que tout pour eux [...], et que ce qu'ils ressentent est un sentiment amoureux alors que c'est une réaction d'adaptation à une situation de mise sous terreur. » (129).

Si la violence et la coercition sont particulièrement pourvoyeuses de processus psychopathologiques, ces sentiments positifs, associés à des agirs tendres et affectueux, pourront susciter des sensations physiques et émotionnelles agréables et ainsi favoriser les sentiments de culpabilité, de honte et de mésestime de soi. Il n'est pas rare en effet que les agirs incestueux suscitent des sensations corporelles ambiguës, où se mêlent sensations agréables et désagréables. Le rôle attribué à la victime est lui-même particulier puisqu'elle peut occuper une place d'importance auprès de l'agresseur. Racamier à ce sujet évoque « le paradoxe majeur de n'être rien en étant tout, et nulle part en étant partout » et souligne « la mégalomanie guette les idoles incestuelles » (49). « Le plaisir sexuel trop précoce » (122) pourra donc paradoxalement constituer un facteur de sévérité, la victime ne parvenant pas à se sentir légitime dans son statut du fait de ressentis ambivalents. La culpabilité apparaîtra d'autant plus grande que la victime sera en difficulté à reconnaître les actes dans leur dimension violente, et que son degré de participation aux rapports sexuels aura été important. La victime, en effet, aura parfois été prise dans un processus où elle a été active : étant parfois même à l'initiative de certains rapports,

elle pourra y rechercher de l'attention ainsi que des bénéfices. Il ne faut pas pour autant confondre ce positionnement avec une participation libre et consentie, comme le rappelle SgROI (122), puisqu'il s'inscrit dans une relation asymétrique rendue floue par des mécanismes d'emprise, que nous décrirons ultérieurement.

iii. La pseudo-maturité

Comme l'avait déjà suggéré Ferenczi, l'enfant va développer une attitude pseudo-mature. Il se désintéresse des jeux adaptés à son âge et arbore une attitude adultifiée et parentifiée, protectrice notamment vis-à-vis de ses propres parents. Il assume des responsabilités sexuelles et parfois domestiques « qui arrangent les protagonistes familiaux et maintiennent en équilibre (précaire) le système familial » (1). Pour Romano, les attitudes de parentification de la victime peuvent aussi être comprises comme « une tentative de restaurer vis-à-vis du monde extérieur une image de « bon(ne) » enfant alors même qu'elle dit se sentir « dégoûtante ». Elle témoigne également, face à une mère insécure, d'une tentative de réparation de l'image maternelle alors même que celle-ci n'est plus *suffisamment bonne*. » (130). Ce qui peut apparaître comme un développement prématuré, cache en réalité une immaturité affective importante et un processus hautement défensif. La pseudo-maturité s'explique par le fait que l'enfant est amené à jouer un rôle qui n'est pas le sien : les abus sexuels deviennent « un jeu érotique et charnel entre deux partenaires dont l'un est un enfant qui joue à l'adulte et l'autre un adulte qui joue sexuellement avec un enfant. » (1).

c. Importance des conduites dissociantes

Outre les conduites d'évitement, Muriel Salmona décrit les conduites dissociantes comme répondant à une « tentative d'auto-traitement de la souffrance liée à la

mémoire traumatique » (124). Elles réunissent toutes les conduites qui vont permettre au sujet de provoquer un état de dissociation afin de rompre avec ses émotions. Deux situations peuvent être propices à utiliser cette stratégie : lorsque la victime est exposée de manière chronique à un évènement traumatique, ou lorsqu'elle est exposée à un stimulus susceptible de lui rappeler l'évènement traumatique passé. Dans le premier cas, la mémoire traumatique passée est alimentée par une nouvelle mémoire traumatique en constitution ; le sujet doit faire face à une grande détresse qui trouve alors une double origine. Dans le second, la mémoire traumatique risque d'être réactivée par un indice externe, et la victime de revivre à travers les symptômes dissociatifs les expériences passées. Quand le traumatisme entre en action, par réactivation ou du fait de la réalité extérieure, le sujet va chercher à contourner son vécu subjectif, et pour cela, il cherchera les moyens de provoquer un nouvel état dissociatif.

Plusieurs conduites permettent d'accéder à cette dissociation, comme les victimes en feront rapidement l'expérience, par le biais de :

- **la douleur**, qui pourra être provoquée par soi ou par les autres (scarifications, tentatives de suicide, recherche de confrontation physique, masochisme),
- **les conduites ordaliques** en général du fait du stress qu'occasionne la mise en danger
- **des conduites addictives**, notamment les consommations de toxiques par l'altération du jugement qu'ils occasionnent,
- **l'ensemble des phénomènes de décharge de la violence** (agressivité, passages à l'acte hétéro-agressifs, agitation...).

Une étude de l'équipe de l'hôpital de Fernand-Widal à Paris a même mis en évidence un fait particulièrement troublant : dans une étude menée auprès de 802

femmes âgées de 18 à 22 ans et 631 hommes de 19 à 25 ans, les jeunes femmes victimes d'abus sexuels dans leur enfance présentaient une surexposition aux accidents de la route, avec un risque multiplié par huit quand elles en avaient gardé le secret (131). Des événements qui relèvent a priori de l'accidentel pourraient ainsi apparaître comme « sociosomatiques » : « Les jeunes femmes que nous avons interrogées parlent d'une volonté inconsciente de s'exposer à des souffrances socialement acceptables, du désir d'être plaintes et de mettre en évidence des blessures indicibles. » (131).

Secondairement, ces conduites vont se mettre en place indépendamment de tout stimulus. En premier lieu, elles permettront à certaines victimes de briser le phénomène d'anesthésie émotionnelle qui s'est installé du fait du traumatisme. En second lieu, les conduites dissociantes se révéleront avoir un fort potentiel addictif, du fait des possibles consommations de toxiques exogènes d'une part, et des substances endogènes produites par le cerveau d'autre part, proches de la morphine et de la kétamine. Petit à petit, les phénomènes d'accoutumance, de tolérance et de dépendance s'installent, et avec eux la nécessité de reproduire et d'intensifier les conduites dissociantes. Ceci explique en partie les nombreuses comorbidités addictives et comportementales retrouvées chez les victimes de violences sexuelles.

d. Synthèse des symptômes rencontrés

Les symptômes rencontrés chez les victimes de violence sexuelle intrafamiliale sont donc nombreux et polymorphes. Nous avons tenté de réunir les symptômes évocateurs d'abus sexuels chez l'enfant et l'adolescent dans le tableau suivant. Rappelons que si quelques signes cliniques sont très évocateurs, dans la plupart des cas ce sera la conjonction entre le contexte et l'association de symptômes qui engagera le clinicien à rechercher des violences sexuelles.

Symptômes physiques ou physiologiques de la sphère uro-génitale	Lésions cutanées des organes génitaux ou des zones péri-génitales Signes fonctionnels urinaires ou génitaux (douleur, prurit, irritation, saignements, dilatation, infection...) Grossesse chez l'adolescente
Symptômes psychosomatiques	Enurésie, encoprésie Céphalées récidivantes Douleurs abdominales Trouble à symptomatologie neurologique fonctionnel Troubles du sommeil Troubles alimentaires
Symptômes psycho-comportementaux	Sphère affective et relationnelle Inhibition, symptômes anxiodépressifs Manque de confiance en soi, méfiance Crainte excessive des hommes ou comportements séducteurs envers l'adulte, en particulier de sexe masculin Perte de l'estime de soi Négligence, manque d'hygiène Isolement social Attitudes de victimisation Troubles du caractère, dysthymie Idées suicidaires
	Sphère comportementale Episode d'agitation, agressivité, acting-out violent Provocation, Conduites antisociales Comportement excessivement docile Comportement pseudo-mature Conduites régressives Conduites auto-agressives
	Sphère sexuelle Préoccupations d'ordre sexuel inappropriées à l'âge Comportements sexuels inappropriés à l'âge Sexualisation de la relation humaine
	Sphère cognitive et scolaire Troubles des apprentissages Troubles de la concentration Chute du rendement scolaire, apathie scolaire
Troubles psychoaffectifs supplémentaires chez l'adolescent	Culpabilité Troubles de l'identité Fugues Conduites auto-mutilantes et tentatives de suicide Conduites addictives Faillite scolaire et professionnelle

	<p>Troubles de la sexualité : frigidity, dyspareunies, troubles érectiles ...</p> <p>Dysfonction orgasmique, confusion dans l'orientation sexuelle ou promiscuité sexuelle, prostitution, pratiques masochistes</p> <p>Conduites délinquantes</p>
--	---

Tab 2. *Symptômes évocateurs de violences sexuelles chez l'enfant et l'adolescent*

Le caractère aspécifique de la plupart des symptômes rend difficile le repérage de ces situations. Dans une étude des années 1970, l'intervalle moyen entre abus sexuel et consultation était de 15 ans (1). Même si les programmes de dépistage ont franchement évolué depuis les années 1980, on voit que de nombreuses victimes échappent encore aux soins. Or, sans une prise en charge précoce, on peut d'autant plus redouter des conséquences à long terme et l'installation de troubles structurels.

C. Des conséquences à long terme

a. Structures de personnalité

L'état de dissociation traumatique peut durer quelques minutes à quelques heures ou s'inscrire dans la durée si la victime reste exposée aux violences. Le mécanisme neurologique de survie que constitue la dissociation aura des conséquences importantes à long terme, d'autant plus que l'évènement traumatique se chronicise, dans les traumatismes complexes de type II ou III donc, et qu'il concerne des enfants, en raison de leur immaturité neurologique et de leur grande vulnérabilité.

Plus les violences ont lieu tôt dans la vie des victimes, plus il leur sera difficile d'identifier une « ligne de démarcation entre leur vraie personnalité et leur vraie sexualité » d'une part, et leur mémoire traumatique d'autre part (129). Nous l'avons vu, lorsque l'enfant a fait l'objet d'une prédation sexuelle, il a été dépossédé de sa

propre capacité à désirer. L'état dissociatif récurrent dans lequel se trouvent les victimes leur donne la douloureuse impression de ne pas être elles-mêmes. Celles-ci risquent de développer **une personnalité en faux-self** et de vivre leur existence comme une mise en scène, sans parvenir à développer une identité propre. A cela s'ajoute l'anesthésie émotionnelle qui les obligera potentiellement à feindre des affects qu'elles ne vivent pas réellement.

Ceci n'est pas sans rappeler la personnalité histrionique et son « théâtralisme », son « expression émotionnelle superficielle et rapidement changeante » selon les critères du DSM (123). D'ailleurs, s'y associe également la « séduction sexuelle inadaptée » (123), qui, nous l'avons vu, peut se retrouver chez les victimes. Des études ont montré qu'il existait davantage d'antécédents d'abus sexuels et physiques chez les patients atteints de troubles de la personnalité histrionique qu'en population générale (132). D'autres insistent sur le fait que la comorbidité avec le trouble état limite est fréquente, suggérant des processus psychopathologiques communs. Or, à ce jour, **la personnalité limite** est reconnue comme une complication majeure des abus sexuels dans leurs effets à long terme. Rappelons que sa définition comprend d'ailleurs, selon les critères du DSM :

- des efforts effrénés pour éviter les abandons réel ou imaginés
- un mode de relation interpersonnel instable
- une perturbation de l'identité (instabilité marquée et persistante de l'image de soi)
- une impulsivité
- une répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations
- une instabilité affective
- des sentiments chroniques de vide

- des colères intenses et inappropriées
- la survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères (123).

Cette personnalité est donc définie par des dimensions qui ne sont pas étrangères à la clinique que nous avons décrite précédemment. Une entité supplémentaire a été établie plus récemment, le **Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified** ou **DESNOS**. Proche du trouble de la personnalité limite, elle tente de décrire une configuration symptomatique spécifique subséquente à un traumatisme de type complexe. Certains auteurs préconisent la refonte de ces deux entités dans une perception plus large de troubles dissociatifs structurels (133). La différence fondamentale entre le DESNOS et l'état limite est à chercher dans les conceptions théoriques et historiques : la notion d'état limite a émergé d'une perspective psychodynamique alors que le concept de DESNOS intervient dans une perspective sociale et militante qui cherche à sortir la psychiatrie d'un positionnement purement intrapsychique (133). Après un mouvement pour la revendication de la reconnaissance des faits, pourrait ainsi advenir la recherche d'une reconnaissance diagnostique, des impacts des abus sexuels et de ce à quoi doivent se confronter les victimes dans leur fonctionnement quotidien.

b. Rôle dans l'émergence d'autres pathologies

Les antécédents d'abus sexuels intrafamiliaux constituent des facteurs de risque de développer une pathologie psychiatrique au sens large et pas seulement des troubles de la personnalité, en particulier lorsqu'ils surviennent dans l'enfance. Plusieurs travaux suggèrent maintenant qu'ils font partie des facteurs de risque de survenue des troubles psychotiques (134). Ils sont également surreprésentés dans les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les pathologies addictives (135). De

plus, le suicide reste la première cause de mortalité dans cette population. Au-delà de leurs plus fortes prévalences, les troubles s'avèrent aussi plus souvent sévères, résistants et récurrents. L'association avec des troubles somatiques a également été mise en évidence, en particulier l'obésité et le diabète (135).

c. Impact sur la parentalité

Plus spécifiquement, les victimes d'inceste se trouveront sujettes à des troubles de la parentalité, qui ont surtout été étudiés chez les femmes. D'abord, celles-ci présenteraient davantage de troubles de l'attachement, ce qui participerait à conduire dans certains cas vers un choix de partenaire violent ou maltraitant d'une part, et à affecter la dyade mère-enfant, lorsqu'elles deviennent mère à leur tour, d'autre part.

Par ailleurs, la littérature retrouve chez ces femmes un surrisque de risques obstétricaux dont les fausses couches spontanées et les grossesses ectopiques, de déni de grossesse, de dépression per et post-partum, d'abandon d'enfant et infanticide, de non-désir d'enfant ou au contraire de grossesses multiples (1, 136). Ces troubles de la parentalité se trouvent souvent associés à des troubles de la sexualité.

d. Impact sur la sexualité

Du fait de stratégies d'évitement et de survie, une victime de violences sexuelles peut à l'adolescence et à l'âge adulte osciller entre deux dimensions : un rejet et un débordement de sa propre sexualité.

D'abord, elle pourra connaître **une impossibilité ou une très grande difficulté à vivre sa sexualité** puisque la plupart des gestes de l'acte sexuel pourra entraîner des réminiscences traumatiques. Les troubles sexuels fonctionnels secondaires aux

abus ne sont pas rares, comme nous les avons évoqués chez l'adolescent. Parfois, les rapports sexuels ne seront possibles qu'en ayant recours à des conduites dissociantes : le sujet utilisera la consommation de drogues, d'alcool, ou aura recours à des images mentales et à des scénarii violents. Ceux-ci, physiquement associés aux sensations génitales, pourront conditionner l'ensemble de la sphère fantasmatique.

A côté du rejet de la sexualité, **l'hypersexualité** est une autre complication possible des abus sexuels. Carnes en 1991 retrouve des antécédents d'abus sexuel chez 81% des sujets présentant ce diagnostic (137). Parfois appelée *addiction sexuelle*, *trouble sexuel avec perte de contrôle* (138), *trouble hypersexualité* (139), ou *trouble du comportement sexuel compulsif* (CIM 11), elle se définit selon les critères de Kafka par :

- Une perte de temps passé à satisfaire des fantaisies, des fantasmes, des envies pressantes, à planifier, à s'engager dans des actes sexuels,
- La répétition de fantasmes et d'envies en réponse à un état dysphorique, à des évènements de vie stressant (tristesse, nervosité, anxiété, ennui...),
- Des difficultés répétées à contrôler ou réduire ses envies et ses activités sexuelles
- Un engagement répétitif dans des activités sexuelles en dépit du risque de conséquences physiques ou émotionnelles, sur soi ou les autres,
- Des altérations de la vie sociale, personnelle et professionnelle secondaires au trouble (140).

Comme nous l'avons vu, la recherche d'expériences dissociatives pourra aussi conduire le sujet à adopter **des conduites à risque sexuelles**. Celles-ci peuvent se manifester à travers des rencontres multiples, auprès de personnes violentes ou encore par des rapports non protégés, et peuvent aller jusqu'à des pratiques

prostitutionnelles⁶. Les conduites à risque peuvent aussi faire intervenir des actes sexuels violents auto-agressifs ou hétéro-agressifs dans le cadre de pratiques sadomasochistes, ou mettre en œuvre d'autres paraphilies. Ici, il nous faut préciser qu'un risque important chez les victimes d'abus sexuels est celui de devenir à leur tour auteur de violences sexuelles.

3. De la victime à l'agresseur : la transmission des violences sexuelles intrafamiliales

A. Un environnement primaire défaillant

Ciavaldini confirme que les auteurs de violences sexuelles « se sont développés dans un environnement premier de type insécure » (141). Pour le M. Delage, trois types de facteurs, souvent associés les uns aux autres, pourraient être responsables d'anomalies du développement et de failles narcissiques de la personnalité dans la population des auteurs de violence sexuelle :

- l'abus sexuel subi pendant l'enfance ou l'adolescence,
- la viciation précoce et durable du lien à l'autre dans les contexte de maltraitance, de carence affective, ou de climat incestuel
- d'autres situations de dysfonctionnalité familiale non spécifiques (142).

Selon les études, le pourcentage des agresseurs qui ont eux-mêmes été victimes d'agression sexuelle varie de 30 à 70% (143), et augmenterait jusqu'à 80% des cas chez les agresseurs mineurs (144). Dans la population particulière des parents incestueux, l'étude de Coulborn-Faller de 1989 retrouvait, sur 154 cas de sévices

⁶ A cet égard, rappelons qu'en mars 2010 le *Collectif Féministe Contre Le Viol* montre dans une étude réalisée auprès de 187 personnes entre 1998 et 2007 que 100% des personnes interrogées se livrant à de telles pratiques avaient été agressées sexuellement avant d'avoir été exposées à la prostitution. Salmona, M. (s. d.). 2012. *Pour mieux penser la prostitution : Quelques outils et quelques chiffres qui peuvent être utiles*. Club de Mediapart.

sexuelles intrafamiliales, des antécédents d'abus sexuels dans l'enfance pour un tiers des agresseurs et la moitié des mères des victimes (145).

Bernard Savin avance l'idée qu'à ces parcours de vie chaotiques s'associe un particularisme qui s'avèrera important dans la genèse de leur personnalité : « pour beaucoup, il n'y a pas eu de reconnaissance sociale autour de ce qu'ils ont subi. Ces évènements sont restés sans accompagnement, aucun repère n'a pu être posé [...] les violences subies n'ont pas été qualifiées d'interdits et condamnées par la loi. » (42). Cette absence de reconnaissance pourrait donc constituer un des facteurs propices à la répétition, lorsque la victime devient à son tour agresseur : les interdits ne sont pas posés par la loi et l'absence d'accompagnement implique que l'enfant est resté seul face à un abus qui ne peut pas faire sens.

Ainsi, la relation particulière des agresseurs à leur victime serait le plus souvent une répétition d'une relation d'emprise à laquelle ils ont eux-mêmes dû se soumettre par le passé : « Le sujet, qui se situe dans un lien d'emprise dans sa relation à l'autre, a lui-même été victime d'une relation d'emprise qui a fragilisé sa structuration identitaire, altérant les processus de symbolisation. » (146). Il faut évidemment rester prudent s'agissant de décrire d'éventuelles relations de causalité entre antécédents d'abus et agirs violents. Toutes les victimes d'abus sexuels ne deviennent pas abuseurs à leur tour, témoignant du fait qu'un ensemble de conditions sera nécessaire à l'installation de tels agirs transgressifs : selon le modèle biopsychosocial, le phénomène résultera de l'association de prédispositions génétiques et psychologiques, de facteurs environnementaux, et de leurs interactions.

B. Génétique et épigénétique

La question du lien entre violence et prédisposition génétique a déjà fait couler beaucoup d'encre, en cela que la preuve d'une telle relation de causalité pourrait être utilisée pour plaider l'irresponsabilité chez les agresseurs. D'après une étude, publiée en 2015 dans la revue spécialisée *Molecular Psychiatry* et réalisée sur près de 800 Finlandais, deux gènes mutés, appelés MAOA et CDH13, seraient « associés à des comportements extrêmement violents » (147). Le gène MAOA commande la production d'une enzyme, la monoamine-oxydase, qui intervient dans l'élimination de neurotransmetteurs comme la dopamine. La diminution du niveau d'activité de cette enzyme dans la forme mutante du gène a déjà été décrite et reliée au risque de devenir délinquant. Le gène CDH13 a été pour sa part impliqué dans des troubles du contrôle de l'impulsivité. La contribution de ces gènes n'interviendrait qu'à hauteur de 5 à 10 % du risque pour un individu d'être violent (147); on ne peut donc pas réduire les passages à l'acte violents à un aspect purement génétique, et remettre en question la responsabilité pénale, du moins en l'état actuel des connaissances. Mais pour Malcolm von Schantz, Maître de Conférence en science moléculaire, le modèle qui émerge fait apparaître de multiples facteurs génétiques dont chacun a « un petit effet prédisposant » (148).

En ce qui concerne les violences sexuelles intrafamiliales, il n'existe pas à ce jour de gène identifié comme intervenant spécifiquement dans les agressions. Des gènes liés à la violence pourraient intervenir, mais la plupart des passages à l'acte, comme nous le verrons, ne peuvent pas être réduits à leur seule dimension violente. De plus, certains d'entre eux ne feront pas du tout appel à l'impulsivité et à l'usage de la force. En revanche, d'autres éléments participant à la constitution de la personnalité se verront influencés par l'héritage génétique, et même par les processus épigénétiques.

En effet, depuis les années 2000, les chercheurs en biologie multiplient les travaux qui montrent que l'environnement modifie l'expression de nos gènes. De nombreuses études chez la souris, mais aussi chez l'homme, permettent ainsi d'envisager une modification du génome par les événements traumatiques. En 2009, une équipe canadienne a étudié le cerveau de 24 suicidés dont 12 avaient subi des abus sexuels dans l'enfance. Leurs travaux montrent que l'ensemble de cette deuxième population présentait une baisse de l'expression du gène NR3C1, impliqué dans la réponse au stress, au niveau de l'hippocampe. L'inhibition de son expression apparaissait secondaire à une méthylation de l'ADN, elle-même probablement causée par une libération excessive de cortisol ou d'adrénaline, chez les enfants victimes d'abus sexuels (149).

Cette étude montre bien que les traumatismes peuvent perturber notre identité génétique, en modifiant directement l'ADN. D'autres travaux permettent même de concevoir une transmission transgénérationnelle des traumatismes. Une étude menée en 2018 par des scientifiques de l'université américaine d'Harvard montre que les sévices subis pendant l'enfance laissent des cicatrices sur l'ADN, des stigmates qui peuvent se transmettre de génération en génération. Dans celle-ci, les chercheurs ont analysé des échantillons de spermatozoïdes de 34 hommes dont 22 ont été victimes d'abus pendant leur enfance. Parmi eux, les chercheurs ont identifié 12 zones d'ADN modifiées par la méthylation permettant de conclure : « Les facteurs de stress en début de vie affectent le sperme et par extension la santé de la descendance en créant notamment un comportement anxieux » (150). Ainsi, la personnalité d'un individu se verra influencée par son bagage génétique, lui-même modifié par les événements traumatiques vécus par le sujet ou les générations précédentes.

C. Autres phénomènes favorisant les abus sexuels transgénérationnels

a. Le phénomène d'identification à l'agresseur

La génétique n'est pas le seul facteur à favoriser le processus transgénérationnel des abus sexuels. L'enfant victime va développer des mécanismes défensifs comme **l'identification par introjection** décrit par Ferenczi (40) et Anna Freud (131). Nous l'avons vu, l'enfant confond ses propres désirs avec ceux de l'agresseur, intègre sa culpabilité et se soumet à son mode interactionnel pervers. Le clivage nécessaire à sa survie concerne sa vie psychique mais aussi l'objet parental, lorsque l'agresseur est un parent : « La partie hostile s'éclipse sous l'effet de la dépendance et de la régression. La culpabilité, du coup privée de l'objet haï, ressurgit massivement lorsque les rôles s'inversent avec la génération suivante » (152). Les mouvements affectifs envers l'agresseur ne feront que favoriser ces mécanismes et une identification à l'idéologie de ce dernier.

Un mécanisme de régression peut également intervenir, dans lequel l'identification à l'agresseur permet à l'enfant « de régresser à un stade plus précoce en créant ainsi un état de dépendance sécurisant » (1). Le passage à l'acte pourra alors devenir un moyen d'évacuer les sentiments de culpabilité : « l'abuseur introjecté par identification resurgit psychiquement dans la victime qui reproduit activement son expérience marquante en infligeant à sa progéniture le même type de conduite abusive ou la violence sexuelle dont elle a souffert pendant son enfance » (1). D'ailleurs Kaplan et Green mettent en évidence ce phénomène particulier en démontrant que, dans les situations de répétitions d'abus sexuels intrafamiliaux, l'âge des victimes correspondait généralement à l'âge où l'auteur avait lui-même été abusé (154). Outre l'identification de la victime à l'agresseur, il existe

donc aussi une identification de l'agresseur à la victime.

b. Les autres phénomènes transgénérationnels

Les violences intrafamiliales lorsqu'elles ne sont pas prises en charge sont donc à risque de se reproduire au fil des générations. Plusieurs autres phénomènes peuvent intervenir dans cette compulsion de répétition, telle qu'elle a été initialement décrite par Freud, dont voici les principaux :

- **Le fonctionnement psychique secondaire à la maltraitance** : Surajouté au phénomène d'identification à l'agresseur, les caractéristiques du fonctionnement psychique des victimes de maltraitance vont favoriser la reproduction des passages à l'acte. Les parents incapables de panser et de penser leur propre vécu vont mettre en place des défenses projectives : « ils projettent les souffrances qu'ils ont enduré sur leurs enfants » (1) et « attendent de leurs enfants un soutien affectif ou une réparation morale. Dès lors qu'ils sont déçus par leur propres enfants, ils les rejettent ou s'en servent comme cibles de leurs réactions hostiles ou violentes ». De plus, ils risquent de présenter un contrôle pulsionnel pauvre et une tendance à l'impulsivité, le défaut de mentalisation favorisant les acting out.
- **Les phénomènes d'habituation et l'héritage de normes familiale** : Les adultes restent « maladivement attachés à leur famille d'origine ... la maltraitance y est à la fois coutumière, légitimée, justifiée » (1). Nous le verrons, l'accès à la séparation et à l'individuation fait défaut chez ces familles, favorisant la reproduction de leurs organisations. Certains interdits n'étant pas intégrés, la famille fonctionne selon sa propre norme. Lorsque l'enfant identifie le décalage entre les normes familiales et sociétales, l'importance de la loyauté sera cruciale :

l'enfant n'a pas le droit de décevoir au risque de devenir le mauvais objet ; donc il adhère au système, et prend le risque de le reproduire. C'est ainsi que devenus parents, ces enfants « reproduisent des messages de type abusif, qu'ils ont hérité de leurs propres parents » (1).

- **La reproduction des interactions relationnelles** : la participation à des interactions familiales pathologiques, que nous décrirons plus en détail ultérieurement, risquent de conditionner l'individu et de se rejouer dans ses interactions familiales ultérieures, parmi lesquelles : la relation d'emprise, les alliances et les coalitions.

Nous observons donc combien il est important de prendre les victimes en charge aussi pour prévenir le phénomène de répétition aux générations suivantes.

Evidemment, il nous faut être prudent ici, ne pas préjuger d'un déterminisme absolu entre traumatisme et passage à l'acte, et ne pas stigmatiser les victimes en les condamnant à un destin de répétition ; de nombreux facteurs de résilience pourront intervenir pour surmonter l'évènement traumatique et le passage du statut de victime à celui d'agresseur ne doit pas apparaître comme une fatalité. Néanmoins, la recherche d'abus sexuels transgénérationnels fera nécessairement partie de la prise en charge des victimes et des auteurs de violence sexuelle intrafamiliale en tant qu'elle apparaît indispensable à la compréhension de la dynamique des abus.

4. Clinique de l'inceste en agressologie

A. Démarche diagnostiques auprès des auteurs de violences sexuelles intrafamiliales

a. Généralités sur l'évaluation

Toute rencontre avec un auteur de violence sexuelle nécessitera d'abord la

recherche de **comorbidités psychiatriques**, parce qu'il appartiendra au psychiatre de prendre en charge l'individu mais aussi parce que cela pourra participer à la compréhension des passages à l'acte. Les recommandations de l'HAS vont en ce sens : « L'évaluation clinique initiale est indispensable au choix des modalités de prise en charge, parce qu'elle permet de déterminer et d'identifier les vulnérabilités et les ressources du sujet et plus généralement des facteurs qui ont pu contribuer au développement des troubles et à les précipiter. » (98). Nous l'avons vu, la plupart d'entre eux ayant préalablement été exposés à des faits de maltraitance infantile, les auteurs de violence sexuelle apparaissent surexposés au risque de développer une pathologie psychiatrique.

A cet égard, il nous faut rappeler que si les auteurs peuvent présenter des antécédents de troubles post-traumatiques, ils sont également susceptibles de développer des **symptômes post-traumatiques en lien avec les faits dont ils sont à l'origine**. Ceux-ci peuvent effectivement impliquer des mécanismes de dissociation et être pourvoyeurs d'authentiques trouble stress aigu ou trouble stress post-traumatique qu'ils conviendra de diagnostiquer et de prendre en charge. Les passages à l'acte pourront également s'inscrire dans une recherche de conduites dissociantes telles que nous les avons décrites.

A cette démarche diagnostique générale, s'ajoutera une dimension inspirée de la **psychocriminologie**. Il s'agit d'une branche de la criminologie qui utilise une approche psychologique dans l'étude du phénomène criminel. Elle s'appliquera à évaluer :

- **la personnalité du sujet** : sur le plan psychologique (à travers ses aspects sémiologiques et biographiques, la recherche d'éventuels sévices dans l'enfance, ses vécus émotionnels significatifs, les données sociodémographiques) et sur le plan

psychopathologique (à travers ses propensions à l'interprétativité, ses mécanismes défensifs, ses distorsions cognitives).

- **le passage à l'acte** : sa nature, les stratégies utilisées, le contexte, le vécu, les liens avec la victime, le degré de reconnaissance des faits, de la responsabilité, la capacité d'appréhender le retentissement psychologique de la victime et le rapport à la loi (154).

Enfin, l'examen psychiatrique s'appliquera à appréhender **la réalité psycho-sexuelle de l'individu**. Il conviendra pour cela d'explorer la vie affective et relationnelle de l'individu, son aptitude à la séduction socialisée, sa vie auto-érotique, les éventuels troubles sexuels fonctionnels, les éventuelles paraphilies ainsi que ses choix d'objet (154). Il sera en particulier indispensable de rechercher une pédophilie lorsque les violences sexuelles ont concerné des enfants.

b. Inceste et pédophilie

La pédophilie appartient aujourd'hui à la catégorie des troubles paraphiliques. Avant la parution du DSM III en 1980, ceux-ci correspondaient aux « déviations sexuelles » (155). La CIM 10 parle quant à elle de troubles de la préférence sexuelle (96). A la différence du DSM-IV-TR qui ne possédait aucun terme pour définir les intérêts sexuels atypiques pouvant être considérés comme non pathologiques, le DSM V distingue la paraphilie du trouble paraphilique. Une paraphilie peut être à l'origine d'un trouble paraphilique si elle occasionne « une détresse ou une altération du fonctionnement » ou si la satisfaction qu'elle procure « a entraîné un préjudice personnel ou un risque de préjudice pour d'autres personnes » (95). Ainsi, une paraphilie est une condition nécessaire mais non suffisante pour présenter un trouble paraphilique et ne justifie pas systématiquement d'intervention psychiatrique.

Le DSM V catégorise huit paraphilies, parmi lesquels le trouble pédophilique, défini comme suit :

« A. Pendant une période d'au moins 6 mois, présence de fantasmes entraînant une excitation sexuelle intense et récurrente, de pulsions sexuelles ou de comportements impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou plusieurs enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou moins).

B. L'individu a mis en actes ces pulsions sexuelles, ou les pulsions sexuelles ou les fantasmes entraînent une détresse importante ou des difficultés relationnelles.

C. L'individu est âgé de 16 ans ou plus et a au moins 5 ans de plus que l'enfant ou les enfants mentionnés au critère A. » (123).

Le manuel précise qu'il faut exclure de ce diagnostic « un individu en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec un enfant de 12-13 ans. » (123). Il invite à spécifier le trouble pédophilique :

- comme étant de **type exclusif**, lorsque « des fantaisies imaginatives ou des stimuli paraphiliques sont obligatoires pour déclencher une excitation sexuelle et font toujours partie de l'acte sexuel », ou **non exclusif** lorsque « les préférences paraphiliques n'apparaissent qu'épisodiquement (par exemple, au cours de périodes de stress) alors qu'à d'autres moments la personne est capable d'avoir un fonctionnement sexuel sans faire appel à des fantaisies imaginatives ou à des stimuli paraphiliques. » (123).

- comme concernant **une attirance pour les filles et/ou les garçons**

- comme **limité à l'inceste, présentant un caractère extra-familial ou associant les deux.**

Ainsi, le trouble pédophilique et l'inceste ne doivent pas être confondus : s'il existe des troubles pédophiliques sans inceste, il existe des incestes qui impliquent

des enfants sans trouble pédophilique. Selon Sgroi, seuls 20% des pères incestueux présentent une paraphilie pédophilique. 80% des pères incestueux ne seraient donc pas des pédophiles, mais des abuseurs régressifs, qui se tournent vers les enfants secondairement, après une orientation sexuelle adulte (122). Si leur cooccurrence doit être systématiquement recherchée, ces termes recouvrent deux concepts différents. Le premier apparaît comme une entité diagnostique individualisée dans le DSM V, répondant à des critères bien précis tandis que le second, comme nous l'avons vu, est plus périlleux à définir.

c. Populations spécifiques

i. Les auteurs mineurs

Il apparaît nécessaire de réaliser plusieurs distinctions au sein de la population des auteurs mineurs. Le rapport du CRIAVS précise : « il est fondamental de ne pas assimiler trop rapidement ces conduites aux violences sexuelles adultes, au risque de confondre le langage de tendresse propre aux enjeux sexuels infantiles et la sexualité génitale des adultes. Considérer l'enfant comme un « adulte miniature » équivaut à un déni de l'enfance, ce qui constitue une atteinte aux droits de l'enfant. » (156).

D'abord, nous distinguons les mineurs portant atteinte à des enfants plus jeunes et ceux qui agressent des pairs du même âge ou des victimes plus âgées. Ensuite, la problématique apparaît différente chez les enfants prépubères présentant des *comportements sexuels problématiques* et chez les adolescents pubères, pour lesquels les actes sexualisés s'inscrivent dans un contexte de développement hormonal.

Chez les adolescents, « la transgression dans la sphère sexuelle est avant tout

un dépassement d'une limite à un âge de confrontation générale, tous azimuts. Le fait que cela se réalise à travers la sexualité constituée, pour nombre de jeunes, un épiphénomène. Beaucoup se cherchent, cherchent l'autre dans une quête d'identité et de définition relationnelle : « jusqu'où puis-je aller ? Y a-t-il dépassement, intrusion si je pose tel acte ?... » Souvent ce processus de maturation, vital, incontournable, « trébuche » par le fait que l'acte précède l'élaboration ; mû par la pulsion, le jeune expérimente le plaisir en ne respectant pas le principe de réciprocité » (157). Pour de Becker, quoi qu'il n'exclut pas des personnalités en cours de construction perverse, le processus adolescent est souvent déterminant chez ces auteurs en tant qu'il implique « le désir d'identification aux adultes et d'initiation envers les plus jeunes, l'efflorescence des pulsions et désirs agressifs (sensation de pouvoir sur l'autre), la recrudescence de l'angoisse, du doute sur sa valeur, les éventuelles carences affectives, et enfin, le désir d'approcher le mal et la perversité » (157). Pour cet auteur, lorsque les passages à l'acte s'inscrivent dans une recherche identitaire adolescente, les auteurs mineurs seront particulièrement sensibles à un accompagnement thérapeutique.

ii. Le handicap mental

Nous retrouvons parmi les auteurs de violences sexuelles des sujets présentant une déficience intellectuelle. Ils ont souvent des traits de personnalité particuliers avec une faible tolérance à la frustration, des difficultés à différer un plaisir et un mauvais contrôle des impulsions. Le déficit intellectuel favorisera également la confusion des âges et des générations. Les violences sexuelles intrafamiliales seront la plupart du temps réalisées sur des enfants, du fait de la promiscuité familiale et de la proximité intellectuelle qui donnera un sentiment de contiguïté à l'agresseur : « lorsqu'ils commettent des agressions sexuelles, celles-ci sont plutôt en lien avec

leur méconnaissance de la vie sexuelle, des codes qui la régissent que liées à une perversion. » (156).

iii. Les addictions

Nous pourrions nous demander quel rôle vont jouer les addictions en cas de violences sexuelles intrafamiliales, en cela qu'elles impliquent une diminution du contrôle des impulsions. Concernant les addictions aux substances, elles apparaissent comme une comorbidité importante chez les auteurs de violence sexuelle. Bien que les consommations ne suffisent pas à expliquer les passages à l'acte incestueux, elles pourront apparaître comme des facteurs facilitateurs du fait de leurs propriétés désinhibantes.

Une autre addiction, comportementale cette fois, peut ici interroger. Il existe chez certaines personnes un déficit du contrôle des impulsions au niveau de la sexualité, qui définit le trouble hypersexualité tel que nous l'avons décrit précédemment. Celui-ci peut être primaire ou secondaire (lésions neurologiques, processus démentiel, traitements dopaminergiques, cas d'hypersexualité induite par l'Aripiprazole).

Les liens entre hypersexualité et délinquance sont peu étudiés à ce jour. Dans une étude descriptive exploratoire menée auprès d'une population d'auteurs d'infractions sexuelles, 53% des délinquants ont rempli les critères diagnostics d'hypersexualité (158). Parmi eux, nous ignorons quelle proportion représente les agresseurs incestueux, mais une telle question mériterait d'être explorée.

Un dernier aspect nous fait penser qu'il est pertinent d'interroger ce trouble relativement à notre propos : certains auteurs voient dans cette pathologie un comportement compulsif qui « laisse peu de place à l'objet libidinal », et donc une « réduction du partenaire à un statut d'objet partiel » (159), rappelant le type de

relation entre un agresseur et sa victime.

Quoi qu'il en soit, il n'apparaît pas opportun de considérer les abus sexuels intrafamiliaux comme répondant exclusivement à une explication linéaire invoquant un trouble hypersexualité. Ces deux éléments peuvent en revanche s'associer, d'autant plus qu'ils sont caractérisés par certains facteurs de risque commun. Il nous semble donc pertinent de rechercher cette dimension, parce qu'elle peut être comorbide de la violence sexuelle d'une part, et parce qu'elle peut être à l'origine d'un climat hyperérotisé autour du sujet atteint de la pathologie d'autre part, exposant l'entourage à des propos, des conduites ou des supports sexualisés (multiplication des activités sexuelles au domicile, préoccupations sexuelles omniprésentes dans le discours, images et vidéos pornographiques au domicile, etc...).

iv. Les démences

Dans la population des agresseurs sexuels présentant un âge avancé, il sera nécessaire de différencier les sujets ayant toujours déjà eu des agirs sexuels transgressifs et leur apparition de novo dans un contexte de désinhibition présénile frontale, source de perte du contrôle des pulsions. Les atteintes démentielles illustrent très bien le lien entre altération cérébrale et modification du comportement sexuel, cette dernière appartenant aux symptômes psycho-comportementaux décrits dans ces pathologies. Quoique la démence s'accompagne le plus souvent d'une apathie et d'un déclin de l'intérêt sexuel, des *comportements sexuels inappropriés* (CSI) peuvent aussi faire leur apparition, notamment dans le cadre d'une hypersexualité secondaire et d'une désinhibition comportementale (150).

B. Aspects neurocognitifs

A côté des atteintes démentielles, les premiers indices d'un lien possible entre

dysfonction cérébrale et déviance sexuelle sont issus de la neurologie et des cas de patients cérébrolésés ou épileptiques. Néanmoins, les comportements sexuels induits par un processus cérébral lésionnel ou dégénératif s'inscrivent la plupart du temps dans un syndrome plus large de défaut d'inhibition : « les rares cas de pédophilie acquise rapportés chez le cérébrolésé sont généralement observés dans le cadre plus large d'un syndrome de désinhibition, incluant d'autres types de comportements inappropriés, une hypersexualité généralisée, un manque de sélectivité et des actes violents impulsifs » (161).

Des changements du comportement sexuel peuvent donc être provoqués par des lésions cérébrales corticales ou sous-corticales, en particulier fronto-temporales.

Rappelons rapidement les fonctions de ces régions cérébrales :

- **les lobes frontaux** sont le siège du raisonnement, des idées abstraites et de la planification, ils ont donc un rôle important dans **les processus cognitifs**. Ils interviennent également dans **la modulation des émotions et dans les processus d'inhibition**. Enfin, ils participent à la production du langage et à certains phénomènes moteurs.

- **les lobes temporaux** jouent un rôle dans **la formation et la remémoration des souvenirs**, la discrimination des sons, et la compréhension des mots (125).

Ces zones cérébrales apparaissent donc essentielles dans des processus très variés : cognitifs, émotionnels, mais aussi relationnels et comportementaux.

Ajoutons que l'atteinte basale frontale est reconnue pour son association avec l'impulsivité comportementale généralisée et apparaît dans les recherches en neurologie plutôt liées à la violence et à la délinquance en général, plus qu'aux comportements sexuels délinquants en particulier.

Pour Pham (161), « une approche prometteuse » des violences sexuelles implique les études neuropsychologiques et les apports de la neuro-imagerie. Dans un article publié en 2006, celui-ci tire différentes conclusions des travaux réalisés en neurologie. En voici les principaux résultats qui peuvent nous intéresser.

Concernant l'ensemble de la population des auteurs de violence sexuelle, les agresseurs sexuels présenteraient plus d'atteintes de l'hémisphère gauche que droit, en particulier au niveau fronto-temporal, quoi que cette hypothèse n'ait pu être démontrée de façon complètement satisfaisante. Les habiletés verbales et certaines fonctions exécutives (raisonnement et flexibilité cognitive) seraient dans cette population particulièrement touchées.

Concernant les agresseurs de victimes adultes, ils présenteraient un niveau cognitif global supérieur aux agresseurs d'enfants. En ce qui concerne les agresseurs sexuels ayant pour victime des femmes adultes, il s'avère que le principal résultat obtenu en imagerie est une dilatation de la corne temporale droite, et plus particulièrement chez ceux présentant un diagnostic de sadisme⁷. Par ailleurs, les agresseurs sexuels sadiques présentaient des capacités cognitives significativement meilleures que les non-sadiques ou les criminels non violents dans les tests cognitifs (162).

Concernant les auteurs de violences sexuelles pédophiles, les agresseurs d'enfants présenteraient, par rapport aux agresseurs de personnes adultes, des troubles cognitifs plus importants ainsi qu'une hypoperfusion plus prononcée en imagerie cérébrale (161). Une méta-analyse a également confirmé que le QI des

⁷ Notons qu'ici, le résultat va à l'encontre de la théorie selon laquelle l'atteinte est préférentiellement latéralisée à gauche.

agresseurs sexuels est significativement et négativement corrélé à l'âge de leurs victimes (163). Enfin, une étude concernant une population adolescente d'agresseurs d'enfants précise que le déficit dans cette population concerne surtout un déficit au niveau la mémoire de travail (164).

Concernant plus spécifiquement les populations d'agresseurs incestueux, ceux-ci présentaient un niveau intellectuel inférieur aux délinquants non sexuels ou même sexuels non incestueux (162). Les résultats d'autres études soulignent que les incestueux ont un score moyen plus élevé que les non incestueux en ce qui concerne la dimension introversion sociale (161).

En conclusion, ces travaux confirment l'existence d'atteintes des fonctions fronto-temporales, dans l'ensemble de la population des agresseurs sexuel. Ils mettent en évidence un déficit cognitif chez les pédophiles, plus approfondi encore chez les agresseurs incestueux. Enfin, ces derniers apparaissaient plus inhibés socialement que les agresseurs pédophiles extrafamiliaux.

Plusieurs éléments ressortent de ces résultats : **la question de la maturité intellectuelle et affective** d'une part, et **la dimension opportuniste** d'autre part qui implique la notion de promiscuité. Le parent abusé apparaît alors avant tout comme un sujet immédiatement et facilement accessible. Nous pourrions penser que l'auteur de violences sexuelles pédophile, capable de planifier une rencontre, d'attirer un enfant qui lui est non familier et d'interagir avec lui, mobiliser des capacités cognitives et sociales que l'agresseur incestueux n'a pas. Néanmoins, quelles que soient les circonstances, **la dimension relationnelle incestueuse** doit être évaluée comme lien spécifique entre les différents acteurs. C'est l'approche psychodynamique qui a le mieux cerné les enjeux relationnels en lien avec la

personnalité de l'agresseur.

C. Aspects psychodynamiques

a. Éléments de personnalité

En regard de la variabilité des passages à l'acte, il n'existe pas un profil type d'auteur de violence sexuelle. Nous pouvons malgré tout dégager des caractéristiques fréquemment observées. Pour Bernard Savin, ces auteurs présentent généralement un aménagement de personnalité en *faux-self*, tel que nous l'avons décrit précédemment. Il y aurait chez eux une « recherche de conformité », « une capacité de modelage comportemental par appui sur l'environnement externe », en dépit du caractère transgressif de leurs agirs (42). En effet, ces sujets parviennent paradoxalement à s'intégrer socialement en considérant les interdits, et à transgresser ces derniers dans le passage à l'acte sexuel, marquant ici une franche rupture avec les codes et mœurs sociaux. La plupart du temps, « ils semblent connaître les interdits, les respecter mais ne les intègrent pas » (42).

D'autres caractéristiques ont été retrouvées chez les auteurs de violence sexuelle. D'abord, nous retrouvons souvent dans cette population **une alexithymie**, c'est-à-dire une difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions. Celle-ci accompagne souvent **d'autres troubles de la mentalisation** : « la carence de l'élaboration psychique et l'absence de mentalisation s'observent d'une façon toute particulière chez les personnalités qui ont une propension aux passages à l'acte. Leur discours est manquant, la parole n'est requise que pour remplir le vide, décrire les faits concrets de l'existence » (165). Pour Ciavaldini, la psyche de ces sujets, « mal limitée », ne possède pas un cadre interne suffisant pour métaboliser leurs affects et leur donner une représentation mentalisée (141) ; ils présentent donc une

répression majeure de leurs émotions (166). Un tel fonctionnement témoigne de la mise en place de mécanismes de défense particuliers.

b. Mécanismes de défense

i. Clivage

Le fonctionnement psychique de ces sujets nécessite de séparer une partie du Moi relativement adaptée d'une autre fonctionnant « de façon archaïque avec des angoisses massives » (42), ce qui nécessite en premier lieu l'intervention d'un clivage. A ce propos, Ciavaldini évoque le « Moi archipellicisé » dans lequel les « diverses zones fonctionnent de manière étanche » (141). Claude Balier ajoute : « Un clivage pourra laisser de côté un premier Moi organisé de façon rudimentaire [...] quelque chose de l'ordre de ce que Freud a appelé [...] un Moi « ramené à n'être plus qu'une fraction du Ça ». L'appellation me semble convenir ici, car, au sein d'une proto-organisation, c'est bien l'effet brut de la pulsion qui est en jeu. » (101). Cette seconde partie du Moi clivé se trouverait donc caractérisée par une forme de profondeur : profondeur horizontale – liée aux événements passés, avec la notion d'archaïque utilisée ici au sens d'angoisses nées d'expériences précoces – et profondeur verticale – liée aux différents degrés de conscience, parmi lesquels le Ça apparaîtrait comme le plus abyssal en tant que « pôle pulsionnel de la personnalité » (112).

ii. Déni

Le sujet, grâce au clivage, pourrait ainsi échapper à l'ambivalence et au conflit psychique pour constituer un déni de la réalité, un autre mécanisme à l'œuvre lors des violences sexuelles. Par celui-ci, le sujet est autorisé à méconnaître les éléments de réalité potentiellement menaçants ou traumatisants. Ainsi, on observera

fréquemment un déni des faits et de la culpabilité. Chez les différents acteurs amenés à rencontrer les auteurs de violence sexuelle, il existe souvent une confusion entre déni, d'une part, et non-reconnaissance des faits, d'autre part, en tant que dissimulation volontaire et refus conscient d'admettre la vérité. Si l'on peut imaginer que le mensonge va parfois être utilisé pour échapper à la sanction, il ne faut pas négliger chez ces sujets l'importance du déni comme stratégie inconsciente en vue de se défendre psychiquement. Gillette et ses collaborateurs insistent sur « la persistance de mécanismes de défense archaïques (clivage déni, projection) qui coexistent avec des mécanismes de défenses névrotiques, donc plus évolués (banalisation, minimisation, mise à distance). » (167). Le déni opère souvent pour occulter les faits, mais il s'applique aussi et surtout à la victime elle-même, et autorisera in fine le passage à l'acte : « l'autre n'est plus reconnu dans son statut d'humanité et peut-être ramené à celui d'objet-ustensile » (168). L'Autre est dépossédé de sa subjectivité mais aussi de sa différence, car selon Bessoles, « le déni d'altérité » serait à l'origine d'une « indistinction entre soi et l'autre » au moment des faits (169).

iii. Projection

Cette tendance à l'indifférenciation entre le soi et le non soi, les mondes interne et externe, se retrouve dans un autre mécanisme de défense déployé chez ces individus : la projection. Le sujet projette sur autrui les craintes et les désirs conflictuels dont la représentation consciente est chargée de culpabilité et de trop d'angoisse. L'Autre devient porteur de ce qui ne peut être intégré et traité psychiquement, il devient donc responsable des faits. Ainsi, lorsque l'auteur ressent une attirance, une envie, une pulsion envers cet Autre, n'ayant pas les ressources internes pour réaliser le « travail de liaison psychique nécessaire pour traiter cette

excitation » (42), il attribue à la victime ses propres pensées, ses désirs et enfin la responsabilité de ses actes. Puisque c'est elle qui porte le désir, la victime est à ses yeux « un séducteur persécutif, alors que le sujet est tout simplement séduit, et blessé au niveau narcissique d'être dépendant du désir de l'autre » (170).

Le sujet, à la fois ne sait pas assumer son désir pour l'Autre, ni supporter sa réalisation dans « une trop grande proximité avec autrui » qui est perçue de manière « intrusive, source d'angoisse et de rejet » (42). Tout se produit comme si « s'attacher et se laisser aller dans la relation affective revenait à perdre son identité, avec le risque extrêmement angoissant d'être à nouveau rejeté et / ou abandonné. » (171). Pour Moulin et Morhain, « les marques de dépendance sont activement combattues, donnant lieu à des attaques des objets dont le sujet a besoin, pour éviter l'angoisse liée au fait de dépendre d'eux » (171). La dépendance créerait donc le désir, et le refus de cette dépendance - du fait de ce qu'elle contient de menace narcissique et d'angoisses abandonniques - expliquerait les défenses projectives. Sous couvert de solidité et d'indépendance, ces sujets se révèlent souvent présenter des troubles de l'attachement, et une faible sécurité interne à l'origine d'une méfiance constante : « La question du manque de confiance dans l'environnement de vie est un thème répétitif dans le discours des sujets, révélant l'absence de « fiabilité » de l'objet, alors que les sujets affichent une grande indépendance. » (171).

Moulin et Morhain ajoutent : « du fait de difficultés d'individuation et de séparation, les objets internes, insuffisamment stables, sont sans cesse menacés d'effacement » (171). Ces défaillances « peuvent induire des fonctionnements en extériorité et des phénomènes d'exportation psychique, dessinant un « espace intermédiaire » de fonctionnement psychique » (171). Il y aurait donc un espace de suppléance, à la fois interne et externe à la vie psychique du sujet, pour témoigner

de l'importance des failles narcissiques. Le sujet y aurait recours « afin d'y exporter projectivement et de réguler au travers de cet espace et des objets qui le composent la conflictualité psychique (ou l'a-conflictualité) qu'ils ne parviennent pas à élaborer dans leur monde interne. » (171). Cette aire aurait pour vocation de restaurer « l'illusion paradoxale de toute-puissance dans une grande dépendance psychique à l'égard de l'environnement, sans acquérir la fonction maturative de l'espace winnicottien » (171). Rappelons que l'espace transitionnel décrit par Winnicott se définit comme une aire intermédiaire entre le monde extérieur (réel objectif et partagé) et le monde intérieur (conçu subjectivement). A la place de l'espace transitionnel s'installe donc un espace « figé, ne devant souffrir d'aucune modification afin d'assurer ses fonctions » (171). Papazian évoque « une aire transitionnelle interdite qui rend la conflictualité psychique impossible » (152).

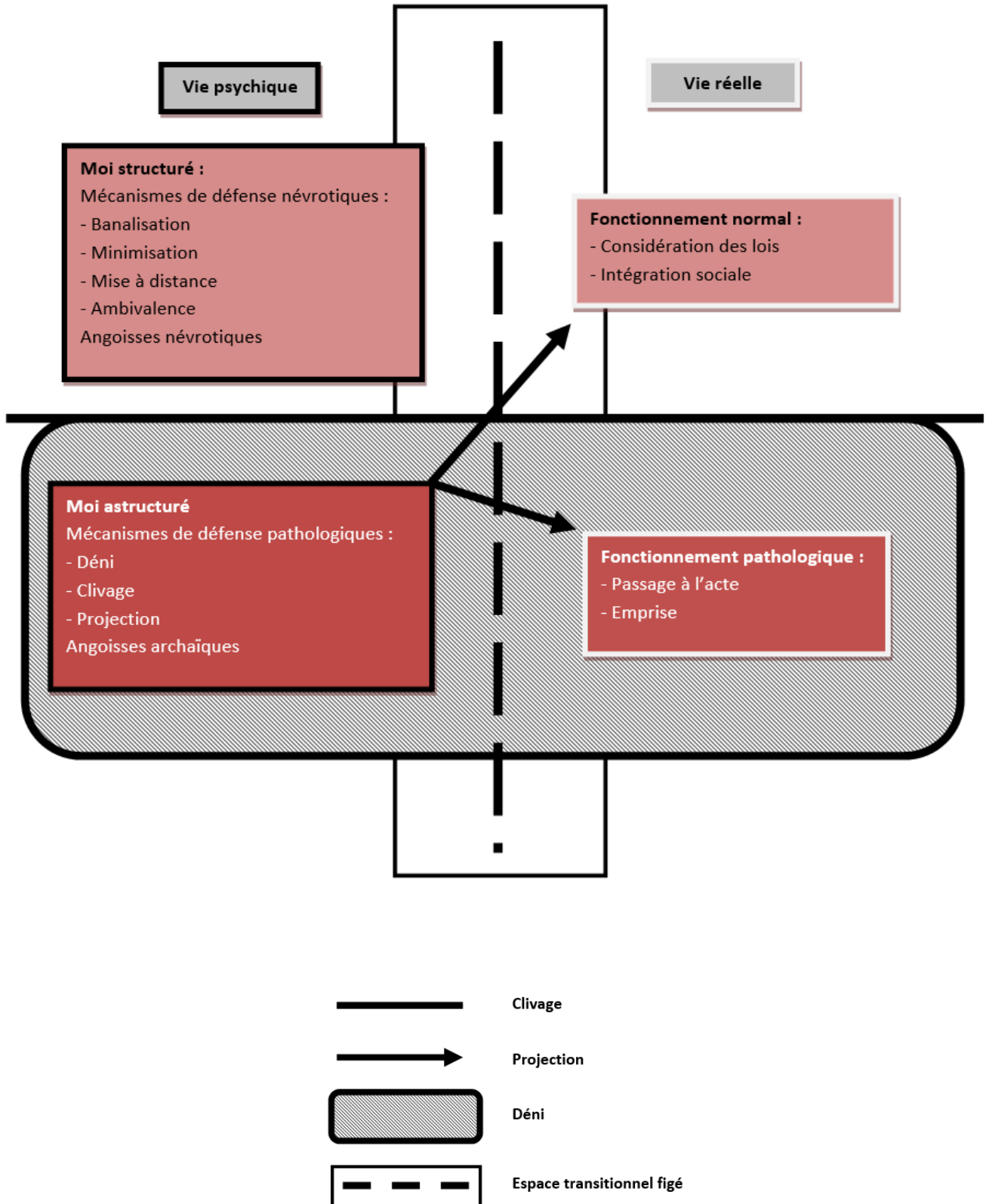


Fig 5. Mécanismes de défense chez les auteurs de violence sexuelle

c. Failles narcissiques

Les mécanismes défensifs apparaissent donc très actifs, à la mesure des troubles de l'attachement et des pathologies du narcissisme primaire. Bouchet Kervella souligne l'importance des failles narcissiques : « dans tous les cas, on trouve au premier plan des troubles graves du narcissisme, une fragilité du sentiment de continuité identitaire, et une menace d'effondrement dépressif sous-jacent, liés à des angoisses d'altération, voire de disparition de la représentation de soi ». Les auteurs de violence sexuelle apparaissent donc particulièrement vulnérables psychiquement et présentent d'après Savin des « organisations psychique peu structurées ». Pour Ciavaldini, « ils sont donc mal équipés pour faire face aux surcharges excitatives » (141). Nous l'avons vu, l'autre va être utilisé pour remplir « une fonction auto-calmente » (42), comme un élément de l'environnement que l'agresseur va instrumentaliser « pour traiter les tensions intra-psychiques qu'il ne peut mentaliser » (42).

d. Une pathologie du lien

i. La relation d'emprise

Pour Balier, « si l'on pense en effet à ce Moi rudimentaire isolé par le déni, à ce Moi « fraction du ça » [...] et plus précisément à ce « Soi grandiose » [...], on imagine bien qu'à ce niveau il n'y a pas de véritables limites avec l'autre qui doit être possédé dans un effet de toute-puissance, incorporé plus exactement. » (101). Les défaillances narcissiques tentent d'être neutralisées par des phénomènes d'hypertrophie du moi – ce que Sirota appelle l'« hypertrophie défensive » (173) – une recherche de contrôle sur l'environnement immédiat et un phénomène de prédation de l'Autre. Un mode particulier de relation à l'autre peut alors survenir :

« Suivant les modes de fonctionnements psychiques et les défenses prévalentes, la stabilité du sujet peut être préservée par l'instauration d'une relation d'emprise » (171).

L'emprise se définit comme un mode relationnel visant à « l'effacement de toute différence, à la neutralisation du désir de l'autre » et aboutit à « une déshumanisation progressive et à une dévitalisation du lien à l'autre » (174). L'altérité est alors « neutralisée par le recours à la chosification », et « l'objet-victime » utilisé dans une dynamique d'autorégulation défensive (171). C'est Racamier qui le premier a développé la notion de **perversion narcissique**. Le pervers narcissique va tenter de préserver son narcissisme au détriment du narcissisme de l'autre, en se nourrissant de celui-ci : « Le mouvement pervers narcissique se définit essentiellement comme une façon organisée de se défendre de toute douleur et contradiction internes et de les expulser pour les faire couler ailleurs, tout en se survalorisant, tout cela aux dépens d'autrui. » (175). Il va s'agir d'une « conquête du territoire psychique de l'autre » (175) ou d'une « jouissance » (176) que le pervers va obtenir de sa valorisation systématique au détriment de l'autre.

Racamier dans son *Génie des origines* adopte un style d'écriture tout à fait singulier et semble basculer d'un point de vue analytique à un point de vue phénoménologique : « il n'y a rien à attendre de la fréquentation des pervers narcissiques, on peut seulement espérer s'en sortir indemne » ; « tuez-les, ils s'en foutent, humiliez-les, ils en crèvent » (177). Une telle brutalité dans l'écriture semble refléter l'ampleur de la violence que peut provoquer, en miroir, la relation d'emprise.

Notons ici que cette *perversion narcissique*, appelée *perversité* par Claude Balier, ne doit pas être confondu avec la notion de perversion qui renvoie à des

comportements ou des fantasmes sexuels paraphiliques. Les deux peuvent néanmoins s'associer.

ii. Sadisme et paradoxe

Ce phénomène va s'accompagner d'autres descriptions cliniques. Joël Dor, dans son ouvrage *Structure et perversion*, associera à ce comportement de prédation des signes comme « la malignité, la cruauté, la violence de caractère, l'indiscipline, la dissimulation et le mensonge » (178). Laplanche et Pontalis écriront quant à eux « il est courant de parler de perversité pour qualifier le caractère et le comportement de certains sujets témoignant d'une cruauté ou d'une malignité particulières » (112). En fait, il s'agit ici de décrire **la dimension sadique**.

Pour soumettre la victime, le sujet pervers aura recours, outre la violence et la dévalorisation, à **la communication paradoxale**, verbale et non verbale. L'injonction paradoxale se présente comme « un ordre qui contient en lui-même une contradiction » (179). Le sujet qui reçoit cette instruction se trouve dans l'impossibilité de trouver une manière satisfaisante d'y répondre, puisque – quoi qu'il fasse – il se trouve être en désobéissance avec une partie de l'ordre. Ainsi l'agresseur adresse comme message à sa victime : « **ce qui se passe est normal, il faut garder le secret** » (180). La communication paradoxale, à l'origine d'un phénomène de confusion, va permettre d'obscurcir la situation d'emprise, et ainsi d'utiliser l'Autre sans qu'il ne s'en rende compte : « en bloquant la communication par des messages paradoxaux, le pervers narcissique place le sujet dans l'impossibilité de fournir des réponses appropriées, puisqu'il ne comprend pas la situation. » (181).

iii. Fusion et contrôle

La relation d'emprise répondrait à une double recherche : de maîtrise, chez le

sujet obsessionnel, et de fusion, chez le sujet pervers : « Chez le sujet obsessionnel, c'est face à l'échec de la maîtrise ou, lorsque celle-ci est trop coûteuse sur le plan psychique, que l'emprise s'installe. La fonction subjective de l'autre en tant que sujet désirant doit être anéantie en ayant recours à la force et au pouvoir. La relation d'emprise, lorsqu'elle s'inscrit dans le registre de la perversion, vise – par l'appropriation du désir de l'autre à travers une séduction mortifère – à la recherche d'une fusion. » (174).

Dans la relation intrafamiliale, on voit que les deux dimensions peuvent être recherchées. L'emprise peut effectivement traduire le désir de fusionner en tant que réponse aux angoisses d'abandon. Mais l'agresseur peut ainsi adopter une dimension tyrannique auprès de l'ensemble de la famille, « environnement qui doit supporter une position autoritaire et interdicière, assignant à chacun des places et fonctions au sein de cette organisation. » (171). L'autre doit demeurer « prévisible et maintenu dans une juste distance » (171).

Ce mode relationnel peut se retrouver exclusif chez l'agresseur, comme mode d'être aux autres en général, ou comme manière d'être face à un Autre en particulier, ou ne survenir que lorsqu'une angoisse massive est réactivée (182). Elle se retrouvera donc dans les situations cliniques à des degrés divers : certains agresseurs présenteront une structure perverse, alors que pour d'autres l'emprise n'interviendra que ponctuellement : « il y a lieu de préciser que si un abus sexuel peut être considéré comme un acte pervers, il ne signifie pas pour autant que la structure de personnalité de celui qui commet cet acte soit perverse » (157).

De plus, la relation d'emprise pénétrera l'ensemble du fonctionnement familial. Pour Racamier : « la perversion narcissique est loin d'être une affaire individuelle :

c'est une affaire collective, et à partir du moment où les espaces psychiques sont transgressés, nous savons que tous les débordements sont possibles. Pareillement, le mouvement pervers est loin d'être une affaire intrapsychique. C'est une affaire hautement interactive. » (49).

iv. Le choix de la victime

Puisque l'acte s'inscrit avant tout dans une pathologie du lien, le choix de la victime par l'agresseur sera influencé par de nombreux paramètres et se fera « parmi différentes personnes en raison de ce qu'elle renvoie au sujet, et/ou de ce qu'il projette sur celle-ci au niveau des affects (tendres, amoureux, agressifs, etc.), de ce que le sujet souhaiterait acquérir ou détruire, relevant de l'identification projective ; mais aussi de la représentation de l'autre (victime vulnérable, adulée, aimée, méprisée, etc.), et corrélativement de la représentation de soi à travers l'autre (fort, puissant, idéalisé, dominant) et du mode de satisfaction que la relation suscite (apaisement, rivalité, agressivité, contrôle). » (171).

Dans un contexte de pseudo-réciprocité affective, l'agresseur développe une représentation idéalisée de la future victime, en même temps qu'il la réduit à n'être que le support de ses projections. Les mécanismes d'idéalisation et de chosification permettent de faire jouer à l'objet externe une fonction de continuité interne : « L'autre du dehors pourrait momentanément pallier les « insuffisances » de l'objet interne, dans un mouvement de substitution-idéalisation. » (171). Pour Kestemberg, va s'instaurer une forme de « relation fétichique » (183). La victime est « non seulement miroir embellissant et source de jouissance » mais aussi « substitut d'absence et par là-même preuve de pérennité » (49). La victime est investie d'un tel pouvoir et d'une telle mission qu'il devient « une idole » selon Racamier (49).

D. Le passage à l'acte incestueux

a. L'agression comme solution défensive

Nous l'avons vu, « le recours à la victime dans l'acte constitue un mode d'aménagement défensif stable et répétitif contre les souffrances et angoisses ». Le passage à l'acte pourra donc s'inscrire dans une temporalité particulière où les évènements de vie stressants favoriseront leur mise en place, devenant le symptôme d'une période de vie particulière, d'un évènement venu attaquer le narcissisme précaire de l'agresseur. A ce propos, « la reconstitution du contexte de vie du sujet dans la période antérieure aux infractions permet de constater l'existence d'une série d'évènements et d'un contexte particulièrement déstabilisant. » (169). Le passage à l'acte apparaît « comme un moment nécessaire et impérieux de contenir les menaces identitaires » (42). En ce sens, un environnement stable, contenant, permettant au sujet de prendre appui et de trouver un sentiment de continuité interne, pourra réguler le recours au passage à l'acte comme « solution défensive » (172).

b. La question du sexuel

Pour certains auteurs comme Ciavaldini, la question de la sexualité du sujet apparaît secondaire en ceci que « la sexualité est mise au service de la violence » (184). Le passage à l'acte n'aurait donc pas pour visée le plaisir sexuel, mais de soulager des angoisses et la menace d'anéantissement.

Dans une sexualité non pathologique, les motifs d'un rapport sexuel sont nombreux : ce dernier peut être l'expression d'un sentiment amoureux, répondre à une recherche d'attention, etc... Mais il contient surtout deux dimensions essentielles : l'excitation et la recherche de plaisir. Dans la relation d'emprise, l'excitation serait

associée à une angoisse, et l'acte aurait davantage pour fonction de soulager celle-ci que de donner du plaisir. Pour Zagury qui a étudié les tueurs en série, il faut distinguer deux types de passages à l'acte : les crimes sexuels « qui mettent en scène leur scénario » et les « crimes de sexe » qui « mettent en acte leur destructivité » (185). La relation incestueuse serait souvent marquée par cette notion de destructivité, considérant l'importance qu'y joue la relation interindividuelle.

Néanmoins, dans le discours de certains patients, le contenu sexuel est manifeste et l'on retrouve une excitation authentiquement érotisée ainsi qu'une prise de plaisir. Ceci est vrai en particulier chez les abuseurs intrafamiliaux pour lesquels les agirs correspondent à leur choix d'objet principal ou exclusif : les passages à l'acte hétérosexuels en cas d'hétérosexualité, homosexuels en cas d'homosexualité, pédophiles en cas de trouble pédophilique. Dans ces configurations, les fantasmes et le plaisir sexuel peuvent prendre part au passage à l'acte, voire le motiver. Pour Savin, les deux dimensions – violence et sexualité – sont primordiales : « il semble donc essentiel d'évaluer le rôle de la sexualité, notamment pour identifier le choix d'objet et l'importance du recours à la sexualité pour apaiser les tensions psychiques. » (42).

c. Typologie des passages à l'acte

Certains auteurs ont tenté de décrire des typologies du passage à l'acte incestueux : quoi que les agresseurs s'inscrivent préférentiellement dans telle ou telle configuration, ces modélisations sont intéressantes car elles permettent aussi d'appréhender les différentes dimensions de l'inceste chez un même individu.

Le modèle de Summit et Kryso de 1978 décrit plusieurs types d'inceste selon le contexte dans lequel il s'inscrit (186):

- **le contact sexuel fortuit**, au cours de jeux ambigus, d'habitus maladroit
- **le contact sexuel idéologique**, dans un milieu où l'abolition des tabous est revendiqué au nom d'un droit à la jouissance et d'un militantisme libertin
- **l'intrusion psychotique** dans les situations associées à une décompensation délirante
- **l'environnement rustique**, impliquant des sujets frustrés, souvent isolés, en situation de promiscuité
- **l'inceste endogame** où l'abuseur change de partenaire à l'intérieur du groupe familial
- **l'inceste misogyne** où la violence sexuelle s'accompagne de haine et de violences plus générales envers femmes et enfants, qui vient mettre en scène des rapports entre dominant et dominé
- **l'inceste impérial** dans lequel l'abuseur intervient comme un dictateur qui s'octroie tous les droits
- **l'inceste pédophile** dans lequel l'abuseur présente les caractéristiques d'un sujet présentant une paraphilie pédophilique
- **le viol d'enfant** où l'abus sexuel apparaît avant tout comme une violence à travers laquelle l'abuseur fait valoir son pouvoir et cherche à dominer un sujet vulnérable
- **l'inceste pervers** enfin qui prend souvent des formes complexes associant pornographie, prostitution, participation de partenaires multiples et extérieurs à la famille, où la victime apparaît comme un objet des fantasmes sexuelles de l'agresseur.

Larson et Maddock quant à eux distinguent le passage à l'acte selon ses motivations et décrivent (187) :

- **l'inceste sous prétexte d'affection** : l'activité sexuelle se fera la plupart du temps

sans violence ou contrainte physique, et s'accompagnera d'une relation affectueuse, propice à l'échange de mots et de gestes tendres, de cadeaux.

- **l'inceste au sein d'une famille hyperérotisée** : l'absence de vie privée est souvent revendiquée, les interactions sont érotisées et les membres prétendent ainsi répondre à une nouvelle forme de normalité

- **l'inceste comme punition** : l'agresseur, souvent le père, est violent et il utilise la violence sexuelle pour soumettre l'autre, ayant souvent recours à la force et à la contrainte physique durant les passages à l'acte.

- **l'inceste sadique** : l'agresseur utilise la violence et la coercition, mais ici la dimension sexuelle est prégnante puisque la jouissance dépend de la souffrance infligée à autrui.

Nous observons ici que les motivations peuvent impliquer et pénétrer la famille toute entière. Le moment est donc venu d'examiner la littérature qui s'est attelée à décrire les caractéristiques cliniques des familles dans lesquelles peuvent advenir des violences incestuelles et incestueuses.

5. Clinique de l'inceste et famille

A. Description des familles incestueuses

a. Typologies familiales

i. Les limites des typologies familiales

De nombreuses descriptions de familles incestueuses ont tenté de repérer parmi elles des invariants structurels ou systémiques. Des modèles typologiques ont vu le jour, mais aucun ne rend complètement compte de la réalité clinique, diversifiée et hétérogène. Ces typologies posent évidemment la question d'une explication causale directe, moins convaincante qu'un **principe de causalité circulaire** : si certaines

caractéristiques apparaissent comme des facteurs pouvant favoriser le passage à l'acte incestueux, elles peuvent aussi en être un des effets. De telles modélisations n'apparaissent pas suffisantes, et pas toujours spécifiques aux violences sexuelles intrafamiliales, et nous devons tenir compte de leurs limites.

Il nous faudra de plus les confronter aux études plus récentes, lorsqu'elles existent, car certaines typologies, du fait qu'elles ne s'appuient sur aucune grille de lecture objective, peuvent se construire sur des sortes de mythes, par lesquels l'esprit humain sera tenté de mettre à distance la monstruosité de l'inceste, la rendre étrangère et l'associer à certaines populations, dans un phénomène d'éloignement de la violence proche de celui du bouc-émissaire décrit par René Girard (85). La plupart d'entre elles datent d'il y a plusieurs décennies et la société a depuis connu des changements importants, notamment en ce qui concerne les rapports homme-femme et parent-enfant, même si certains mécanismes de domination perdurent.

Nous verrons que certaines typologies semblent poser plus spécifiquement les conditions d'un inceste parent-enfant, et en particulier père-enfant. Celui-ci, parce qu'il est le plus fréquent mais aussi parce qu'il suscite probablement les mouvements d'indignation les plus vifs, a concentré une grande partie de la littérature. Or, il ne faut pas ignorer la prévalence des autres passages à l'acte incestueux, comme l'inceste adelphique par exemple. A ce stade, nous distinguons mal si ces typologies s'appliquent aux autres types de violence sexuelle intrafamiliale. Nous examinerons ce point ultérieurement, grâce à des lectures plus spécifiques.

En dépit de ces critiques, les typologies familiales proposent des repères inauguraux pour comprendre l'émergence des violences sexuelles intrafamiliales. A ce titre, nous avons choisi d'en exposer quelques-unes.

ii. Les différentes typologies familiales

Les premiers travaux de ce type apparaissent dans les années 1950. Samuel Kirson Weinberg, sociologue, publie une étude incluant 203 cas d'inceste dont 159 concernent des faits entre père et fille, et distingue les familles **fermées sur elles-mêmes** d'une part, et les familles **indifférenciées et promiscues** d'autre part (188). Ces qualificatifs vont agrémenter l'ensemble de littérature qui va succéder. Pour Alexander et Follett, dans une étude réalisée en 1991, les familles incestueuses fonctionnent comme des systèmes fermés, aux frontières rigides et imperméables, socialement isolés. Les limites entre les individus y sont mal définies et le rôle qui échoie à chacun, parents et enfants, y est mal différencié voir renversé. Enfin, une **structure patriarcale** y a souvent cours (189).

On retrouve cette idée de famille patriarcale chez deux autres auteurs qui ont publié dans les années 1980 : Alexander et Lupfer réalisent aux Etats-Unis une étude sur des femmes abusées par un membre de leur famille nucléaire, et retrouvent un taux significativement plus élevé de familles traditionnelles quant aux rapports de genre (190). De même, Herman montre que l'inceste père-fille est associé à des valeurs patriarcales et des mécanismes de domination importants (191).

Barudy, à la même époque, distinguait trois types de fonctionnement familial qui se transmettraient souvent de génération en génération (192) :

- **L'organisation enchevêtrée et altruiste** : le père, affectueux, adoptant souvent une attitude maternelle, apparaît proche des enfants tandis que la mère s'occupe principalement de la gestion du foyer. Le père entretient une relation fusionnelle avec sa descendance, la considérant comme ses objets. Ce type de famille se caractérise

également par une tendance au sacrifice et au dévouement. Les parents ayant souvent connu des carences, ils espèrent de leurs propres enfants une forme de réparation, un moyen de les récompenser et les satisfaire.

- **L'organisation chaotique, indifférenciée et promiscue** : dans ce modèle familial, il n'existe pas de frontière entre les générations. Elles occupent souvent un habitat exigü, et s'inscrivent dans une situation de pauvreté et de promiscuité où les rapports sexuels n'appartiennent pas à la sphère privée parentale. On y retrouve des ruptures répétées au niveau transgénérationnel ainsi que d'importantes carences psychoaffectives. Enfants, les parents ont dû instrumentaliser les autres pour survivre, et renouvellent avec leurs enfants ce mode relationnel.

- **L'organisation totalitaire et absolutiste** : le père est autoritaire, dogmatique, et froid affectivement tandis que la mère établit une coalition contre lui. L'éducation se fait sur un mode strict et violent.

Pichot et Alvin développent quant à eux en 1985 le célèbre concept de **famille à problèmes multiples** : confrontés à un père rigide et à une mère passive, les différents membres de la famille cumulent problématiques socio-économiques, addictives, physiques et psychologiques à travers des violences polymorphes (193). Nous verrons que les études épidémiologiques confirment certains de ces paramètres, mais minimisent l'impact des autres. Ainsi, le lien entre niveau socio-économique et inceste apparaît plutôt controversé.

Enfin, Bauchet et ses collaborateurs tentent une synthèse des différents modèles familiaux précédemment construits. Ils en distinguent quatre types décrits de manière récurrente et basés sur les mécanismes de pouvoir ayant cours dans le système familial (194) :

- dans le premier type, **le père concentre le pouvoir**. Il apparaît dominateur et

despotique, aux côtés d'une mère passive et excessivement dépendante de son compagnon.

- dans le second type, **la mère est en position dominante**. Elle refuse les relations sexuelles avec son mari et voit dans l'inceste un moyen d'éviter le conflit conjugal.

- dans le troisième type, **le rôle parental et l'exercice du pouvoir sont partagés entre le père et les enfants**, alors que la mère est infantilisée, et se complait dans une position dépendante.

- dans le quatrième type, **les parents et l'enfant se trouvent sur un plan d'égalité**, et ce dernier est instrumentalisé par le couple pour éviter les conflits et la séparation conjugale, intervenant en quelque sorte comme le garant de l'entité parentale.

Pour Haesevoets, deux dispositions familiales opposées peuvent exister : certaines familles vont fonctionner dans une grande proximité affective, parfois fusionnelle, alors que les autres, au contraire, témoigneront d'une importante distance émotionnelle (1). Dans les deux cas, ces fonctionnements excessifs seraient le symptôme d'un trouble de l'attachement parental avec « la recherche d'un objet d'amour total » et une faille narcissique indéniable. Le refus de la séparation opérerait dans les deux types de familles, où se retrouvent côte à côte « l'amour idéalisé » et « les agirs sadiques » (1).

Nous observons que les différentes typologies se recouvrent partiellement. A notre sens, l'apport de Racamier, pour synthétiser les éléments caractéristiques de ces familles d'une part, et pour y apporter un éclairage analytique d'autre part, apparaît primordial. Celui-ci permet d'envisager des caractéristiques communes, favorables à l'émergence de violences sexuelles et infra-sexuelles sous ses formes multiples au sein du milieu familial.

b. Caractéristiques des familles incestuelles et incestueuses

Nous l'avons décrit précédemment, Racamier est à l'origine des distinctions fondamentales entre inceste et incestuel. Ce dernier, en tant que « climat » permet non seulement d'identifier plusieurs mécanismes sous-jacents au passage à l'acte incestueux, mais aussi de caractériser un phénomène qui porte en lui-même un fort potentiel pathogène. Ce qui permet à cet auteur d'écrire : « L'incestuel est violence » (49). Nous pouvons retrouver chez Racamier deux niveaux d'indistinction au sein de ces familles :

- **la confusion des générations** : les générations apparaissent interchangeable, les places de chacun ne sont pas définies, en particulier entre parents et enfants
- **l'indistinction entre les individus** : la famille produit un grand corps propre, dans lesquels se fond chacun des membres et au sein duquel les individualités ne sont pas respectées.

Cette absence de séparation, verticale et horizontale, entre les différents acteurs familiaux sera aussi à l'origine de la non-différence des sexes comme asymétrie dévolue aux représentations masculines et féminines. Or, « la différence des sexes sépare les êtres avant que de pouvoir les réunir » (49) : toutes les conditions sont ici regroupées pour que **l'impossible séparation** soit en fin de compte responsable d'une impossible rencontre. La famille incestuelle apparaît ici doublement et hautement pathologique. Son fonctionnement, soutenu par des angoisses de séparation majeures, sera souvent tributaire de la mise en place de transactions relationnelles propres au **phénomène d'emprise**.

Ce glissement perpétuel entre l'individuel et le collectif apparaît comme le point

cardinal du fonctionnement psychique familial, répondant au « fantasme d'agglomération » (49). Il se révèle au réel physiquement, dans des attitudes promiscues, érotisées, voire sexualisées, répondant alors au « fantasme de transpercement » (49). Pour protéger ce grand corps familial, le système cherchera à se trouver « barricadé comme une forteresse » (49) : la famille apparaît souvent **isolée socialement**. Nous pouvons ici réinterroger les relations de causalité psychopathologique : le fonctionnement autarcique peut en effet préexister à l'inceste, mais aussi lui succéder, et surtout lui survivre, afin de protéger son secret.

Cliniquement, les éléments saillants vont donc être les symptômes qui vont signifier :

- **le défaut des processus de séparation et d'individuation**
- **l'indifférenciation des individus** : des corps, des générations, des âges, des sexes, des rôles
- **la tendance à l'isolement** et au fonctionnement autarcique.

Ces caractéristiques peuvent se traduire de manière très variée dans leur expression symptomatique. Voici quelques signes cliniques qui nous sont apparus particulièrement significatifs et que nous avons pu rencontrer en pratique clinique :

- **Marques d'affection inadaptés** : bisous sur la bouche, caresses, surnoms inadaptés, gestes et propos érotisés, attitudes tactiles excessives
- **Soins primaires donnés à un âge inadapté**
- **Non-délimitation des espaces au sein du domicile** : chambres et salle de bain ouvertes / interdiction de fermer les portes, irruption dans les espaces qui devraient être considérés comme privés, lit partagé pour le sommeil à un âge inadapté, douches ou bains partagés à un âge inadapté
- **Partage d'objets intimes** : vêtements ou sous-vêtements, nécessaire de toilette

(brosse à dent, serviettes)

- **Angoisse sociale** et interactions sociales limitées, domicile interdit aux visites

- **Enfants parentifiés** (mais aussi paradoxalement infantilisés à l'excès), **parents immatures** (mais aussi hyper-protecteurs).

Quoi que ce dernier point apparaisse moins spécifique, il met en avant, en regard du phénomène d'emprise qui y a cours, la dimension souvent **paradoxe** du fonctionnement incestueux. Ces familles apparaissent excessivement ouvertes dans leur dimension intérieure, où n'est érigée aucune limite, mais par trop fermées au monde extérieur, qui est vécu comme menaçant. L'appareil psychique est partagé entre ses différents membres, mais ceux-ci sont incapables d'identifier la détresse que suscite le système incestuel ou incestueux à l'échelle individuelle. Martine Nisse ajoute : « ce qui est interdit, c'est de ressentir et de parler de ce qu'on ressent » dans ces familles où existe « une suprématie du langage non-verbal » si précieux à la communication paradoxale (195). Enfin, ces familles ne supportent pas la séparation, mais leur histoire se trouve sans cesse marquée par les ruptures, comme l'illustre la célèbre phrase de Caillot et Decherf : « Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel. » (196).

Nous observons ici le caractère hautement défensif de la construction de ces familles ; les mécanismes de défense retrouvés à l'échelle individuelle, chez les agresseurs et chez les victimes, affectent également le collectif. Il nous faut dorénavant nous intéresser aux autres acteurs de la famille incestueuse, aux membres de la famille qui n'ont, a priori, pas pris part aux abus.

c. Rôle des membres non abuseurs

i. Le parent non abuseur

Dans la majorité des situations d'abus sexuels intrafamiliaux perpétrés par un des deux parents, le parent non abuseur est la mère. Nous parlerons donc plus particulièrement des parents non abuseurs féminins, qui ont déjà faits l'objet d'une vaste littérature. Plusieurs éléments suggèrent que des propriétés propres à la mère interviendront dans la dynamique abusive. L'âge de celle-ci apparaît déjà comme un facteur important : plus une jeune fille devient mère jeune, et ce au-dessous de 18 ans, plus le risque d'agression sexuelle augmente (197). Nous avons déjà évoqué les risques de transmission intergénérationnelle des violences sexuelles intrafamiliales, ainsi que les nombreuses difficultés des femmes ayant elles-mêmes subies des violences, tant dans leur maternité que lors du choix de leur partenaire. Cette tendance à se rendre dépendante d'hommes maltraitants nous met sur la piste de mères en grande difficulté pour protéger leur enfant.

Le degré de connaissance et de participation aux faits du parent non abuseur est variable, « de la connivence inconsciente à la complaisance et à la complicité active » (198). Dans la majorité des cas, pour Martine Nisse, « la position maternelle apparaît déterminante, au sens où nous estimons qu'elle instigue consciemment ou inconsciemment le passage à l'acte sexuel contre son enfant. » (198). Le parent est alors considéré comme « incestigateur », l'*incestigation* qualifiant « les mécanismes conscients ou inconscients » qui vont « stimuler de façon cachée l'agressivité d'une personne contre une autre » (198). Autrement dit, le parent non abuseur, même lorsqu'il ne prend pas part aux activités incestueuses et les ignore, favoriserait la violence de l'autre parent.

Les mères qui se révèlent complices sont souvent décrites comme « agressives, manipulatrices, autoritaires et dominatrices par rapport à l'enfant » (1). Le profil de la mère incestigatrice serait quant à lui souvent celui d'une mère « passive, immature,

dépendante, soumise, dépressive », « affectivement ambivalente », « passive et soumise à l'image masculine, sexuellement perturbée ou inhibée, parfois attirée de façon masochiste par un partenaire violent ou immature, désaffectisée par l'existence, psychologiquement ou physiquement absente » (1). Ces mères peuvent se montrer d'autant plus hostiles que l'enfant incesté est une fille, et qu'elle est considérée comme une rivale. D'autres mères, au contraire, « délèguent leur rôle de partenaire sexuel à leur fille, voire d'autres responsabilités domestiques [...] elles entretiennent l'inversion des rôles jusqu'à prendre la place de l'enfant » (1).

La plupart des relations mère-enfant est marquée par une défaillance des liens affectifs, qui favoriserait cette inversion des rôles : « l'enfant abusé a souvent été, pendant les premières années de son existence, victime de carence de soins, d'abandonnisme ou de négligence de la part de sa mère » (1). Pour Julien Bigras, la désertion maternelle, en tant qu'absence physique et affective, constituerait un facteur favorisant, un « inceste en creux », puisque par son comportement de négligence et de rejet de son enfant, la mère laisse un espace vide au futur abuseur (199).

Ces mères feraient preuve d'une certaine « surdité sélective » (1) : elles n'ont souvent rien perçu de ce qui advenait, du fait de leur indisponibilité et de leur incapacité à faire face aux signes qui se dévoilaient à elles. Lorsqu'elles suspectent les faits, toutes les attitudes sont également possibles ; certaines tentent d'intervenir, d'autres craignent trop leur partenaire ou en sont extrêmement dépendantes et préfèrent le protéger ; beaucoup s'enfoncent dans le déni.

Néanmoins, ces propos doivent être nuancés par le fait que la majorité d'entre elles protège leur enfant et rejette leur conjoint après la révélation des faits : selon

l'étude de Margaret Myers menée auprès de 43 mères de victimes d'inceste paternel, 56% ont protégé l'enfant et rejeté le père, 35% ont rejeté leur fille, et 9% d'entre elles sont restées dans une position neutre, ne parvenant à faire face aux faits et à entreprendre la moindre démarche (200).

ii. La fratrie

Les suivis de fratries permettent de constater que les frères et sœurs ne se portent pas mieux que l'enfant directement victime, même s'ils n'ont pas été directement impliqués dans l'événement (201). L'inceste et la révélation de sa transgression viennent également mettre à mal le lien fraternel, différemment selon les situations dans lesquelles a sévi l'inceste.

La première situation advient lorsqu'un seul enfant est victime d'abus. Les conséquences sur la fratrie ressemblent « à celles constatées chez les frères et sœurs d'enfant porteur de handicap, de maladie grave ou victimes d'événements traumatiques de nature non intentionnelle, dont tout le quotidien se trouve violemment bouleversé » (201). De plus, lorsque l'agresseur est un parent, certains membres de la fratrie vont présenter une identification à l'agresseur, et manifester des réactions de jalousie et d'ambivalence haineuse à l'égard de l'enfant victime, d'autant plus que les révélations se suivront d'une séparation physique. Ajoutons que si le parent mis en cause ne reconnaît pas les faits, la fratrie se trouvera prise dans une confusion qui pourra venir renforcer la déliaison fraternelle : « il est alors fréquent que la fratrie se positionne du côté de celui qui lui semble représenter le moindre danger pour son équilibre psychique. Le lien fraternel est alors souvent sacrifié au profit du lien parental. » (201). Même lorsque l'auteur reconnaît les faits, l'agressivité peut se retourner contre l'enfant lui-même ou contre la victime : « les

remaniements du lien fraternel entraînent la réactivation de rivalités anciennes et peuvent venir exacerber des fantasmes agressifs à l'égard de l'enfant qui a révélé » (201).

Lorsque plusieurs membres de la fratrie ont été abusés, les réactions des frères et sœurs abusés conduisent à des modalités d'expression différentes de la souffrance du lien fraternel : ils peuvent présenter une « sorte d'adhésion psychique qui ne permet plus à l'un d'exister sans l'autre » (201), ou conduire à des attitudes de surprotection, exacerbant les mécanismes de pseudo-maturité décrits plus hauts. À l'extrême, ces attitudes peuvent conduire « à de tels collages que frère et sœur deviennent de véritables petits couples avec, dans certains cas, des passages à l'acte incestueux au sein de la fratrie » (201). En effet, certaines places sont confuses et d'autres laissées vides après la révélation des faits : « ces places abandonnées insécurisent la fratrie qui peut tenter de trouver un nouvel équilibre en se réappropriant l'une ou l'autre » (201).

La fratrie apparaît donc comme une partie de la famille dont il va falloir prendre soin, parce qu'elle souffre de l'inceste même lorsqu'elle n'en a pas été directement l'objet et qu'elle a, elle aussi, probablement été prise dans des processus d'emprise. L'accompagnement des fratries est donc incontournable, d'autant plus que « la capacité de chaque frère et sœur à élaborer cette situation d'inceste révélée participe au travail de restauration psychique de l'enfant victime » (201).

iii. L'environnement et le dévoilement

Auprès de ces acteurs familiaux non abuseurs, nous observons à quel point le contexte de la révélation des faits et l'accueil qui sera réservée à cette dernière s'avéreront déterminants pour le cheminement de chacun des membres de la famille

et l'avenir de leurs relations. Le dévoilement est un passage difficile pour la victime, qui fait passer de la sphère intime à la sphère sociale un événement honteux, parfois ambigu. Il l'expose souvent à un conflit de loyauté : l'enfant « se sent à la fois coupable par ce qu'il a subi et coupable d'en parler » (1). Il est surtout le moment où la victime prend le risque de ne pas être crue. De nombreux éléments peuvent faire perdre de la crédibilité à la victime qui révèle ce qu'elle a subi : les tentatives de révélations suivies de rétractations, les messages non verbaux, les conduites étranges ou les signaux trop abstraits, les discordances dues à la mémoire traumatique ... L'enfant qui témoigne d'un abus est « rarement sûr de lui, d'autant que la transmission de l'interdit de l'inceste n'est pas tout à fait opérante psychiquement » (1).

Devant l'ampleur des conflits psychiques qui entourent la révélation, une parole qui ne serait pas soutenue alors qu'elle se risque enfin à se dire favorisera l'émergence de phénomènes hautement psychopathologiques. Ici, l'étayage de l'environnement de la victime, que les révélations se fassent au sein de la famille intra ou extranucléaire, en milieu scolaire ou en milieu médical, apparaîtra crucial. Malgré ses défaillances et ses aller-retours, la révélation des faits devra faire l'objet d'un soutien particulier, et d'un recours à une judiciarisation des faits le plus précocement possible, pour sécuriser et favoriser la résilience du sujet victime, mais également l'ensemble de la famille.

B. Les différentes configurations incestueuses

a. L'inceste père-enfant

i. Epidémiologie

L'inceste père-enfant est de loin l'agression sexuelle intrafamiliale **la plus**

fréquente : elle représenterait entre 78 et 90 % des cas d'inceste selon certaines études (194, 202). Sont généralement compris dans ces chiffres les actes commis par les pères biologiques, les pères adoptifs et les beaux-pères. Une enquête finlandaise, qui rapportait des prévalences en population féminine de 2% pour des faits réalisés par le père et de 3,7% pour des faits réalisés par le beau-père, suggère que **les beaux-pères sont les agresseurs majoritaires** (203).

Les filles sont plus souvent victimes que les garçons (194), et parmi elles **les aînées** sont les plus touchées. En effet, d'après Meiselman, la victime est l'aînée des filles dans 32% des cas, la seule fille du foyer dans 31% des cas, la dernière dans 25% des cas et occupe une autre place au sein de la fratrie dans 12 % des cas (204). Les filles apparaissent par ailleurs à haut risque entre 4 et 13 ans, en particulier entre 8 et 12 ans (194). Un autre facteur de risque mis en évidence est que ces violences interviendront majoritairement lorsque la figure paternelle ne s'est pas ou peu occupée des soins primaires de l'enfant lors des trois premières années de sa vie (194).

ii. Typologie

Pour Bauchet, toutes les configurations existent concernant l'inceste père-enfant : celui-ci peut advenir « de la séduction progressive et en douceur jusqu'au viol sauvage », ou encore ne s'exercer que sur les filles, sur les garçons ou sur l'ensemble de la fratrie (194). Nous avons retrouvé peu de littérature pour distinguer l'inceste paternel homosexuel et hétérosexuel. La plus grande partie de la littérature que nous exposerons ici se consacre à l'inceste père-fille, et nous supposons que des mécanismes assez proches adviendront dans les cas d'inceste père-fils. Néanmoins, la nature homosexuelle de cette relation rendra de fait son expression

un peu différente, et la question de la sexualité du père dans ses choix d'objet devra être questionnée pour évaluer la dimension sexuelle du passage à l'acte.

Toujours selon Bauchet, plusieurs comportements sont souvent retrouvés dans la relation incestueuse père-fille, témoignant de ce continuum entre sentiment affectueux et recherche de possession de l'autre. Cet auteur décrit un père qui courtise parfois son enfant avec des compliments et des cadeaux, ainsi que des comportements de jalousie et d'exclusivité devant la fréquentation de jeunes de son âge, notamment à l'adolescence. Ici, les copains seront considérés comme des rivaux et les copines comme des menaces, à l'instar de toute existence extérieure au système familial. Enfin, certains pères légitiment leurs actes par le fait qu'ils se considèrent comme étant les mieux placés pour faire l'« éducation sexuelle » de leur enfant (205).

Concernant le désir de l'agresseur, Hayez et de Becker évoquent les différentes instrumentalisation de l'enfant : il peut être considéré comme une mère, comme une femme - auquel cas la recherche du plaisir réciproque aura son importance - comme une source de jeunesse et de vie à l'image d'une fontaine de Jouvance, ou encore comme un pur objet, sur lequel le père exerce pouvoir et emprise (206).

La classification de Sherrer, psychiatre à Auxerre, dresse différents profils de père incestueux (207) :

- **Le père despotique** : il agresse toutes ses filles, et parfois ses fils ; souvent alcoolique, il a une haute idée de la fonction paternelle et se montre moralisateur. Il prétend éduquer sexuellement ses enfants ou les accuse d'être à l'origine des faits. L'acte est sans tendresse et l'objectif principal de l'inceste est la réassurance narcissique.

- **Le père amoureux et l'inceste marital** : la fille remplace l'épouse indisponible, du fait par exemple d'une séparation, d'une maladie ou d'un décès. L'enfant peut même devenir jaloux du couple parental. Le sentiment d'entretenir un sentiment amoureux est alors vif chez le père et peut exister également chez l'enfant.

- **Le père névrosé** : dépendant de sa propre mère, le père voit dans sa fille une femme-mère et s'en trouve rassuré, réconforté. Marqué par un passé abandonnique, il apparaît soumis, passif ; il tente d'occuper une fonction de maternage auprès de l'enfant et aura souvent un fort sentiment de culpabilité après les actes, ainsi que des symptômes dépressifs.

Savin décrit des profils paternels proches puisqu'il distingue (208) :

- **un père autoritaire** qui impose une attitude de soumission à sa femme et ses enfants et aura tendance à nier les faits

- **un père sthénique**, violent, redouté par l'ensemble de la famille, qui présente un conformisme moral de façade

- **un père fusionnel**, dépressif et abandonnique, chez qui le passage à l'acte s'inscrit comme un glissement de la tendresse à la sexualité, et qui seront plus à même de reconnaître les faits

- **un père asthénique**, fragile, immature, qui présentera souvent une dépendance à l'alcool.

La dichotomie entre **père despotique et père névrosé** est assez fréquente dans la littérature. Pour Glezer, 80% des pères incestueux ont une polarité plutôt névrotique, timide, incapable de rechercher en dehors de la famille de quoi combler leurs attentes, tandis que 20% d'entre eux sont de type tyrannique, rigides, peu capables d'autocritique et de culpabilité (209). Benoit y ajoute qu'ils peuvent alors adopter des postures paranoïaques (210). Pour Bauchet cependant, les pères

incestueux seraient souvent immatures, dotés d'une structuration psychique précaire, ce qui explique pourquoi ils se montrent souvent dépendants et inhibés. Ils deviendraient despotiques en compensation, pour afficher une certaine virilité. Ils présenteraient souvent un faible contrôle des impulsions et une intolérance à la frustration (205).

Néanmoins, d'après Finkelhor, ces hommes ne sont pas victimes d'une perte de contrôle. Au contraire, les stratégies et les pressions exercées sur autrui apparaissent pour celui-ci comme la preuve **d'une grande maîtrise**. Cet auteur insiste d'ailleurs sur le fait que rares sont parmi eux les sujets présentant une hypersexualité (211). Martorell et Coutanceau partagent l'idée qu'il n'y a pas de profil type, mais un **égocentrisme exacerbé** chez tous ces agresseurs, expliquant l'abus de pouvoir et de confiance (170).

b. L'inceste mère-enfant

i. Epidémiologie

La littérature décrit souvent l'inceste maternel comme un phénomène rare. Néanmoins, certaines études suggèrent qu'il est **largement sous-estimé**.

D'abord, des travaux mettent en évidence que les femmes auteures de violences sexuelles sont plus nombreuses qu'on ne le croit : Faller a étudié le cas de 87 garçons et 226 filles victimes d'abus sexuels. Il en déduit que dans 8 % des cas, l'abuseur était une femme qui agissait seule (212). Les garçons seraient majoritairement les victimes des auteures de violence sexuelle : Finkelhor et Russell ont constaté que sur 44 700 cas de violences sexuelles chez des enfants rapportés en 1979, 20 % concernaient des garçons abusés par des femmes alors que seulement 5 % concernaient des filles victimes de cette population (213). D'après

Rudin, les victimes étaient plus jeunes ; elles avaient majoritairement moins de 6 ans (214). Pour Kaufman, comparativement aux hommes, les femmes commettent davantage de délits à caractère sexuel que de viols, en ayant davantage recours à la masturbation et aux objets, bien que des faits de pénétration existent pour la moitié d'entre elles (215).

Concernant l'inceste, d'après la commission chargée d'étudier les statistiques de violences sexuelles aux Etats-Unis, 14 % des violences sexuelles intrafamiliales sur garçons étaient réalisés par des femmes de la famille, et la grande majorité de ces abus étaient perpétrés par la mère (216). Pour Finkelhor, les enfants abusés par la mère étaient effectivement plus jeunes que les victimes du père (211).

Ces éléments sont bien loin des données épidémiologiques retrouvées récemment en France, où 99 % des procès concernent des auteurs masculins. Les violences sexuelles agies par les femmes, et par les mères en particulier, seraient sous-estimées du fait de l'extension du mouvement féministe d'une part, et du tabou et des croyances autour de la relation mère-enfant d'autre part (216). En effet, non seulement l'inceste maternel peut prendre des formes insidieuses, particulièrement difficiles à identifier, mais en plus la victime ne se sentira pas légitime à le dénoncer. Quoiqu'il en soit, nous faisons le constat que les femmes commettent elles aussi des abus sexuels qui concernent la plupart du temps **des jeunes mineurs**, de sexe **masculin**, et se réalisent souvent **au sein de leur propre famille**.

ii. Psychopathologie de la mère auteure

Concernant leur environnement primaire, la plupart des mères coupables d'inceste parle de manière négative de leur enfance : 95% auraient été victimes de violences physiques ou sexuelles, 41% auraient connu un divorce difficile des

parents, et 29% des parents alcooliques (217).

Une revue de la littérature réalisée en 2013 énumère les comorbidités psychiatriques retrouvées chez ces sujets et met en avant, par rapport à la population générale, une plus grande proportion de (216) :

- troubles liés à un stress post-traumatique
- troubles de l'humeur comprenant des troubles bipolaires, des troubles dépressifs ou des troubles dysthymiques
- troubles de personnalité de type évitante, dépendante et borderline
- schizophrénies paranoïdes
- troubles de la sexualité comprenant des troubles fonctionnels et des troubles paraphiliques.

Des comorbidités addictives sont également retrouvées chez les auteures d'infraction sexuelle en général, mais nous ignorons si elles sont surreprésentées chez les mères incestueuses (216).

iii. Typologie

Différentes typologies tentent d'appréhender les actes, le profil de l'auteure, ainsi que ses motivations dans le cadre de l'inceste mère-enfant. Bauchet distingue trois types d'inceste selon les actes (194) :

- des faits mettant en scène **des mères « complices, complaisantes ou co-abuseuses »** aux côtés de leur compagnon
- **des actes génitaux caractérisés**, qui apparaissent moindre proportionnellement
- **des « troubles de la maternité » ou « conduites para-incestueuses »**.

Ce dernier type, considéré comme une forme plus discrète d'inceste maternel, correspond aux situations où « l'enfant est un objet sexuel indirect à travers par

exemple un allaitement addictif ou des soins intrusifs répétés » (194). « L'emprise sur le corps de l'enfant » en fait « un appendice de la mère, un objet auto-érotique masqué. » (194). Les troubles de la maternité semblent particulièrement difficiles à identifier et pourraient en partie expliquer la sous-estimation de la prévalence des incestes maternels : la frontière entre le comportement normal et pathologique au moment des soins maternels apparaît ici difficile à poser, et surtout ces faits se réaliseraient à l'abri des regards, dans l'intimité de la relation mère-enfant. De plus, ils adviendraient à un âge précoce de l'enfant, rendant impossible une trace mnésique consciente chez celui-ci.

Nombreux sont les auteurs à avoir identifié cette frontière problématique entre soins maternels et inceste. Pour Racamier déjà, « si l'inceste est plutôt le fait du père, l'incestuel est plutôt celui de la mère » (49). Selon l'HAS, « il est nécessaire d'évoquer les « agressions sexuelles muettes », celles invisibles induites par un climat familial « incestuel » et qui sont plus particulièrement le fait des mères. Il s'agit le plus fréquemment de vérifications, pouvant prendre la forme d'exploration, sous couvert d'hygiène des orifices anaux, génitaux ; de très grande proximité physique ; de pénétrations régulières des espaces d'intimité ; d'exhibitionnisme parental ; de confidences érotiques, mais aussi de dévalorisation morales ou physiques de l'enfant. » (126).

Sur un modèle superposable à celui de Bauchet, Gannon et Cortoni décrivent la planification de l'infraction comme pouvant être de trois types (218) :

- **implicite**, impliquant des manipulations pathologiques de l'enfant mais inconscientes à la mère
- **directe**, notamment avec un plan préparé par un homme co-auteur
- **explicite**, lors duquel un plan conscient et explicite est élaboré par la femme.

D'autres typologies se sont intéressées aux motivations maternelles. Pour la psychologue J. Saradjian, certaines mères incestueuses pensent que leur enfant désirait avoir une relation sexuelle, évoquant un amour respectif et une satisfaction des besoins des deux protagonistes, alors que d'autres revendiquent une « aide » apportée à leur enfant, généralement leur fils porteur d'un handicap (219). Cette thérapeute distingue plusieurs motifs d'inceste maternel (219) :

- Dans le cas d'inceste sur de jeunes enfants, les mères peuvent éprouver :
 - le besoin de sentir qu'elles ont le contrôle sur l'enfant,
 - le besoin de se sentir plus proche de lui, en particulier dans le cas de mères célibataires et isolées,
 - le besoin de se sentir connectée à leur enfant devant un lien défaillant
 - le besoin de punir l'enfant et de l'humilier dans un mécanisme projectif de rejet de la faute
- Dans le cas d'inceste sur des adolescents, les mères peuvent éprouver :
 - le besoin de contrôle et de pouvoir
 - le besoin de remplacer un partenaire absent ; la sexualité s'accompagne alors d'une relation affective où la mère trouve en l'enfant un confident et un complice qui lui donne confiance en elle.

iv. Inceste mère-fils

La plupart des cas d'abus sexuels sur un garçon par une femme sont le fait de leur mère, jusqu'à 95% selon certaines études (218, 220). Là encore, différentes modélisations ont été proposées. Pour Bauchet, ces abus adviennent dans un système où le père est souvent absent. Les mères, décrites comme « masculines », cherchent à s'identifier à leur fils avec qui elles entretiennent « une relation quasi fusionnelle » (194).

Lorsque la mère occupe la place de l'agresseur, deux situations se dégagent. La plus fréquente serait celle d'**une mère s'occupant d'un fils qui présente un haut niveau de dépendance**, et en particulier une pathologie psychotique : « le fils psychotique vit en symbiose avec une mère qui lui donne des soins physiques et qui manipule à cette occasion ses organes génitaux » (194). Ici, l'inceste est justifié par la mère dans sa dimension hygiéniste, pour soulager ce qu'elle se figure être des besoins chez son fils. La seconde configuration serait celle d'une **séduction du fils par une mère pathologique** qui fait davantage évoquer une relation de prédation et une figure maternelle perverse.

Plus rarement, le fils peut occuper la place de l'agresseur et la littérature retrouve :

- des cas d'inceste mis en acte sur la mère par un fils qui présente une déficience intellectuelle et/ ou une grave pathologie psychiatrique
- des agressions commises par des adolescents, qui suite à l'emprise maternel, trouveraient dans ce passage à l'acte un « moyen de triomphe narcissique » (194).

v. Inceste mère-fille

Dans les cas d'agression sexuelle d'une mère sur sa fille, la mère apparaît le plus souvent complice, soumise au désir de son partenaire ou au mieux co-auteure. Lorsqu'elle en est l'instigatrice principale, fait exceptionnel à en croire la littérature, c'est pour Bauchet « le fait d'une mère désinsérée qui revit ses conflits par l'intermédiaire du corps de sa fille » (194).

Néanmoins, les typologies précédemment décrites sur les pratiques paraincestueuses pourraient s'appliquer à la relation mère-fille à des degrés divers ; certaines mères pourraient entretenir un rapport incestuel à leur fille dans une

recherche de fusion, qui impliquerait ou non des agirs sexuels à proprement parler mais mettrait en scène, quoi qu'il arrive, des proximités physiques et psychiques destructrices. La littérature ne nous a pas permis d'éclaircir la prévalence de ces troubles de la maternité, et de savoir si les filles en sont autant, plus, ou moins victimes que les garçons.

c. L'inceste adelphique

i. Epidémiologie

Bien que peu étudié, l'inceste adelphique représenterait **18% des cas d'inceste** selon Cyr et ses collaborateurs, et même davantage selon certains auteurs qui suggèrent qu'il s'agirait de la configuration incestueuse la plus répandue (202). Russel estime à 2 % de la population générale la proportion de femmes ayant été abusées par leur frère avant 18 ans (221). Les statistiques de l'inceste adelphique sont en fait **probablement sous-estimés** eux aussi, et ce pour plusieurs raisons. D'abord, la révélation nécessitant souvent le dévoilement aux parents, il n'est pas rare que ceux-ci cherchent à faire appliquer la loi du silence, pour protéger l'enfant abuseur. Ensuite, Caffaro et Conn-Caffaro supposent que ce genre d'inceste est souvent interprété comme étant de l'ordre du jeu ou de l'exploration sexuelle, à la limite de l'acceptable (222). De telles croyances peuvent en effet subsister selon lesquelles les enfants, notamment les adolescents, réalisent au sein de la fratrie des expérimentations érotiques qui font partie de leur développement normal. Pourtant, l'étude de Cyr retrouve une agression sexuelle de type viol dans 70% des cas quand l'auteur est un frère (202). Une telle affirmation ne peut qu'aller à l'encontre de l'idée qu'il s'agit dans la plupart des cas de simples jeux sexualisés.

Ce constat apparaît d'autant plus pertinent que l'on examine les conséquences

psychopathologiques des relations incestueuses fraternelles. Dans une étude réalisée en 1986 par Russel, 12 % des femmes abusées par leur frère présentaient des symptômes à long terme liés au traumatisme, 47 % ne se sont jamais mariées, et nombre d'entre elles choisissaient un partenaire violent (221). La littérature retrouve également dans cette population une faible estime de soi, des troubles de l'identité, des difficultés relationnelles et professionnelles, un sentiment général d'insatisfaction, des difficultés sexuelles, des pensées intrusives liées à l'agression ainsi qu'une tendance générale à la victimisation (202). Rudd et Herzberger ont trouvé dans cette population la même proportion de pathologies psychiatriques que chez les enfants incestés par leur père (223). Finkelhor rapporte qu'au moins dans un tiers des cas les acteurs d'une telle relation ont a posteriori une réaction négative, proportion qui s'élève à deux tiers en cas d'expérience coercitive. Les situations d'inceste adelphique les plus traumatogènes seraient en effet associées à un large écart d'âge, l'usage de la force, et la nature des faits. Le degré d'engagement dans les rapports et la durée n'intervenaient pas selon cette étude (211). Néanmoins, d'autres travaux mettent en avant que les répercussions à long terme sont aggravées par la longévité de la relation entre frères et sœurs (224). D'autres encore ont fait valoir que l'inceste frère-sœur survient généralement dans une relation avec un différentiel de pouvoir et que, en raison du pouvoir donné aux hommes sur les femmes dans notre société, ce différentiel reste effectif même lorsque le frère a le même âge. Ainsi, les études portent à croire que l'inceste fraternel ne devrait pas être interprété comme moins sévère ou nuisible que l'inceste père-fille (223).

Dans une étude menée en 1997, l'agresseur apparaît presque toujours plus âgé que la victime, ayant dans la plupart des cas entre 3 et 10 ans de plus que cette dernière (211). Dans un recueil de données réalisé au CHU de La Réunion, le Dr

Vanborre réalise une étude rétrospective descriptive de 12 cas d'enfants victimes d'inceste fraternel, âgés de 4 à 16 ans. Celle-ci rapporte que dans 8 cas sur 12, le frère auteur est le premier garçon de la fratrie, et dans 11 cas sur 12 un frère plus âgé que la victime. Les frères y seraient plus susceptibles de répéter les actes que les demi-frères (66% vs 33%) (225). A ce propos, Finkelhor repère des expériences n'ayant lieu qu'une fois dans deux tiers des cas (226) alors qu'au contraire Wiehe retrouve dans la majorité des cas des faits qui se répètent (227). Enfin, plusieurs études mettent en évidence que l'usage de la force serait plus fréquent dans le cas des frères agresseurs que dans toute autre situation incestueuse (221, 223).

Dans ces situations, l'environnement familial apparaît souvent défavorable et comprend : des dysfonctionnements relationnels et conjugaux, des violences physiques, des mères souvent indisponibles du fait de la dépression ou d'une addiction, un manque de supervision parental et des antécédents d'abus sexuels chez les parents. Effectivement, pour Smith et Israel, 72 % des pères et mères ont connu des abus durant leur enfance (228). Nous n'avons pas trouvé de chiffres témoignant de l'association des violences sexuelles fraternelles avec d'autres passages à l'acte au sein de la famille ; néanmoins, il nous semble que celle-ci pourrait s'avérer fréquente, eu égard aux mécanismes qui peuvent favoriser des comportements sexuels problématiques chez les mineurs.

ii. Typologie

A nouveau, plusieurs configurations existent, et quelques auteurs ont tenté de construire des modèles typologiques de l'inceste fraternel. Jaitin réalise une première distinction reposant sur la nature du lien fraternel (229) :

- **L'inceste fraternel primaire** correspond à une union sexuelle entre des frères et sœurs qui partagent leurs deux parents ou seulement l'un d'entre eux (demi-frères et

demi-sœurs).

- **L'inceste fraternel secondaire** correspond à celui perpétré dans un groupe de pairs qui prend symboliquement la place des frères et sœurs, comme ce peut être le cas au sein des familles recomposées, pour les enfants placés en institution ou en famille d'accueil.

Ensuite, il apparaît primordial de **rechercher une relation asymétrique** entre les acteurs, et donc d'abord de distinguer ces situations en fonction de l'âge. En premier lieu, peuvent advenir des faits entre deux individus d'une fratrie présentant une différence d'âge significative, suggérant un phénomène de domination et de prédation de l'un sur l'autre et caractérisant donc une situation d'abus. Dans ces situations, il s'agit souvent d'un aîné « de faible niveau intellectuel ou présentant des fragilités narcissiques particulières » selon Bauchet (194). Pour certains auteurs, une différence d'âge de 5 ans en ferait des passages à l'acte particulièrement traumatogènes (230, 231).

En second lieu, nous pouvons être confrontés à des faits entre frères et sœurs présentant sensiblement le même âge. Ceux-ci ne doivent pas être banalisés, comme nous l'avons vu, en particulier chez les mineurs, parce qu'ils ne signifient nullement qu'il n'y a pas eu un mécanisme d'abus de l'un sur l'autre, et parce que la plupart d'entre eux auront des conséquences délétères a posteriori. Ici, l'idée prévaut qu'un enfant ne peut consentir à une activité sexuelle, de quel type que ce soit parce que ces activités, quand bien même elles seraient auto-érotiques, ne correspondent pas au « langage » adapté à son âge et à son développement.

A des âges plus avancés, chez l'adolescent ou l'adulte, la recherche d'un partenaire sexuel dans le lien fraternel ne pourra que témoigner de la difficulté à se

dégager des origines familiales pour s'individualiser. Quoi que rien n'interdit les relations amoureuses entre deux frère(s) et/ou sœur(s) adultes consentants, nous avons vu qu'un tel lien, allant à l'encontre du processus de séparation, sera rarement sans conséquence et devra faire l'objet d'un positionnement idéologique du psychiatre en faveur de la différenciation.

Par ailleurs, la relation d'inceste adelphique pourrait s'inscrire dans **trois significations différentes** selon Bauchet. Premièrement, elle pourrait suivre « la logique amoureuse adolescente de la découverte de soi à travers un autre qui est un autre soi-même ». Le frère ou la sœur – cet Autre qui est autre sans être trop éloigné de soi – pourrait donc s'avérer rassurant pour des adolescents en difficulté sur le plan narcissique et dans leurs relations sociales. Deuxièmement, une telle relation pourrait être l'incarnation d'« une problématique œdipienne qui n'a trouvé qu'un déplacement défensif minime de la mère à la sœur ou du père au frère ». Ici, la confusion entre œdipe et inceste apparaît problématique, mais nous comprenons que les liens d'attachement aux figures parentales seraient l'origine d'un lien fraternel pathologique. Troisièmement, les rapports adelphiques sexualisés pourraient être le résultat d'une problématique d'indifférenciation qui infiltre l'ensemble des relations familiales, l'inceste fraternel n'étant qu'une mise en acte de violences sexuelles intrafamiliales parmi d'autres (194).

Quoi qu'il en soit, toute situation doit **faire rechercher d'autres maltraitances** : des comportements sexuels précoces ou inadaptés doivent, comme nous l'avons vu, faire évoquer des violences morales ou physiques, et en particulier des violences incestueuses ou la présence d'une dynamique incestuelle.

Nous pouvons nous demander quel lien entretient l'inceste adelphique avec la

séparation, si celui-ci est plus fréquent chez les fratries qui ont été séparées, par des placements par exemple, ou s'il advient au contraire au sein de fratries promiscues. Dans le premier cas, la séparation interviendrait comme un facteur permissif, mais aussi un moyen de se rapprocher de ce qui a été éloigné. Dans le second cas, au contraire, le lien de proximité sera au cœur de la relation incestueuse et rejoué dans l'acte sexuel. R. Jairin évoque à cet égard une relation fraternelle qui fonctionne comme un « couple conjugal sexuellement indifférencié » (229).

d. Inceste extranucléaire et définition de l'inceste en médecine

Constituent également des violences sexuelles intrafamiliales les agressions qui concernent un individu et ses grands-parents, ses oncles, ses tantes ou encore ses cousins et ses cousines, en dépit de ce que prescrit la loi sur la possibilité de mariage avec ces derniers. Nous l'avons évoqué, la médecine ne peut se contenter de la définition de l'inceste proposée par la loi. Se pose alors la question de la limite : où s'arrêtent les liens de filiation qui définissent l'inceste ? Circonscrire le cercle qui va inclure ou exclure la notion d'inceste est une opération délicate puisqu'elle vient interroger la définition même de famille.

Dans les situations d'inceste extranucléaire, afin de mieux appréhender le ressenti de chacun des acteurs, les conséquences psychopathologiques éventuelles et les mécanismes sous-jacents au passage à l'acte, il apparaît nécessaire de bien évaluer le degré de proximité entre la victime et l'agresseur. La proximité symbolique, par le lien familial, ne pourra que donner un statut particulier aux violences, qui seront de fait qualifier d'incestueuses. Néanmoins, les enjeux ne seront pas les mêmes selon les circonstances. Si les individus concernés étaient peu amenés à se

côtoyer et se trouvaient être des étrangers sur le plan relationnel, la violence sexuelle pourra *s'apparenter à (sans se confondre avec) une violence extrafamiliale associée à un certain opportunisme*. Si, au contraire, l'agresseur apparaît comme une figure d'attachement importante et se trouve souvent ou en permanence dans l'environnement immédiat de la victime, la situation sera fortement marquée par les caractéristiques cliniques propres à l'inceste. Entre ces deux pôles, tout un continuum de configurations est évidemment possible. Ici, **nous observons que la définition de l'inceste en médecine doit tenir compte de deux types de proximité : une proximité symbolique liée à la notion de filiation** – génétique, adoptive ou par alliance – et **une proximité relationnelle liée au concept d'attachement**.

D'un point de vue clinique, la question de l'attachement entre la victime et l'agresseur sera particulièrement importante chez l'enfant, pour qui les différentes rencontres vont s'inscrire dans des expériences affectives fondatrices et conditionner sa future manière d'être au monde. Plusieurs personnes dans l'environnement immédiat de l'enfant (ou de l'adulte vulnérable) pourront potentiellement être considérées comme *des substituts ou des équivalents paternels, maternels ou fraternels*, en particulier en cas de défaillance de l'environnement primaire. Nous pensons immédiatement aux nourrices, aux familles d'accueil, aux membres de la famille extranucléaire qui peuvent être amenés à créer un lien particulier à l'enfant, comme par exemple une grand-mère qui aurait obtenu la garde d'un de ses petits-enfants. Mais nous pouvons aussi élargir cet environnement aux enseignants, aux éducateurs, et aux divers professionnels qui verront à un moment donné l'enfant s'inscrire dans un rapport de forte dépendance à eux.

La subordination de l'enfant à l'adulte implique toujours la responsabilité du

second sur le premier, et ce d'autant plus que celui-ci aura besoin d'aller chercher à l'extérieur de sa famille d'origine des repères affectifs et structurants. Ainsi, nous avons évoqué *l'inceste socratique* dans notre première partie : certaines relations d'autorité, si elles donnent lieu à un abus de pouvoir, pourront ainsi *s'apparenter à (sans se confondre avec) la clinique de l'inceste* du fait de la nature hautement asymétrique de la relation d'une part, et des enjeux attachementistes propres à l'enfant, d'autre part. Des abus sexuels dans ce contexte constitueront, du fait des mécanismes qui y sont à l'œuvre et des potentielles conséquences psychopathologiques, des **équivalents d'inceste**. La notion d'*équivalents d'inceste* avait été utilisée par Racamier pour désigner des activités « déguisées » qui avaient une « nature incestueuse » (49). Nous proposons ici de l'utiliser pour évoquer **les abus de la part d'agresseurs n'appartenant pas à proprement parler au système familial**, mais qui peuvent pour la victime apparaître comme des *parents déguisés*, c'est-à-dire constituer **des figures d'attachement**.

6. Synthèse

A. Facteurs de risque de violence sexuelle intrafamiliale

A partir des informations épidémiologiques précédemment exposées et des données de la littérature, nous pouvons identifier les situations les plus à risque de violence sexuelle intrafamiliale en repérant des facteurs de risque propres à la victime, à l'auteur et au système familial en général. Nous avons choisi de synthétiser ces données dans le tableau suivant :

Facteurs de risques	Inceste père-enfant	Inceste mère-enfant	Inceste fraternel	Inceste en général
Liés à la victime	<p>Le sexe : féminin L'âge : les mineurs (8-12 ans) La place dans la fratrie : aîné ou enfant unique Le statut de personne vulnérable : déficit intellectuel, handicap moteur, maladie chronique, pathologie psychiatrique</p>	<p>Le sexe : masculin L'âge : les mineurs (jeunes enfants +++) Le statut de personne vulnérable : déficit intellectuel, handicap moteur, maladie chronique, pathologie psychiatrique</p>	<p>Le sexe : féminin L'âge : les mineurs Le statut de personne vulnérable : déficit intellectuel, handicap moteur, maladie chronique, pathologie psychiatrique</p>	<p>Le sexe : féminin L'âge : les mineurs Le statut de personne vulnérable : déficit intellectuel, handicap moteur, maladie chronique, pathologie psychiatrique</p>
Liés à l'auteur	<p>Le lien de filiation : beau-père > père L'absence de lien précoce à l'enfant (avant 3 ans) Un déficit intellectuel Les problématiques addictives (alcool ++) Les pathologies psychiatriques et les troubles de l'attachement Une mauvaise insertion sociale ou professionnelle Une exposition à un stress (maladie, deuil, choc affectif) Des antécédents d'abus sexuel et de maltraitance</p>	<p>Mère célibataire Déficit intellectuel Les problématiques addictives Les pathologies psychiatriques et les troubles de l'attachement Une mauvaise insertion sociale ou professionnelle Une exposition à un stress (maladie, deuil, choc affectif) Des antécédents d'abus sexuel et de maltraitance</p>	<p>Le lien de filiation : <i>données manquantes</i> - frère (sœur) vs demi-frère (sœur) ? - rôle de la séparation ? Un déficit intellectuel Les problématiques addictives (adolescent) Les pathologies psychiatriques et les troubles de l'attachement Un isolement social Une exposition à un stress (maladie, deuil, choc affectif) Des antécédents d'abus sexuel et de maltraitance</p>	<p>Un déficit intellectuel Les problématiques addictives Les pathologies psychiatriques et les troubles de l'attachement Une mauvaise insertion sociale ou professionnelle Une exposition à un stress (maladie, deuil, choc affectif) Des antécédents d'abus sexuel et de maltraitance</p>
Liés à la famille	<p>Une mère jeune Une tradition patriarcale +++ Des carences éducatives des parents Des difficultés relationnelles familiales et notamment les situations de conflit et de violence conjugales La séparation ou le divorce parental, les familles recomposées Les antécédents d'abus sexuels dans la famille Des pathologies psychiatriques chez les parents et des problématiques addictives La précarité économique Maladie, décès d'un parent, chocs affectifs</p>	<p>Une mère jeune Une tradition patriarcale (mère complice ou co-auteur) Des carences éducatives des parents Des difficultés relationnelles familiales et notamment les situations de conflit et de violence conjugales La séparation ou le divorce parental, les familles recomposées Les antécédents d'abus sexuels dans la famille Des pathologies psychiatriques chez les parents et des problématiques addictives La précarité économique Maladie, décès d'un parent, chocs affectifs</p>	<p>Une mère jeune Une tradition patriarcale Des carences éducatives des parents Des difficultés relationnelles familiales et notamment les situations de conflit et de violence conjugales La séparation ou le divorce parental, les familles recomposées Les antécédents d'abus sexuels dans la famille Des pathologies psychiatriques chez les parents et des problématiques addictives La précarité économique Maladie, décès d'un parent, chocs affectifs</p>	<p>Une mère jeune Une tradition patriarcale Des carences éducatives des parents Des difficultés relationnelles familiales et notamment les situations de conflit et de violence conjugales La séparation ou le divorce parental, les familles recomposées Les antécédents d'abus sexuels dans la famille Des pathologies psychiatriques chez les parents et des problématiques addictives La précarité économique Maladie, décès d'un parent, chocs affectifs</p>

Tab 3. Facteurs de risque de violence sexuelle intrafamiliale

Faisons ici quelques remarques. D'abord, ces éléments sont associés de manière significative **sur le plan statistique** mais ne doivent pas être confondus avec des facteurs de causalité directe. Selon la conférence de consensus menée par la Société francophone de médecine d'urgence en 2004 sur le thème *Maltraitance : dépistage et conduite à tenir aux urgences*, le risque de maltraitance naît de la conjonction et de l'accumulation de facteurs individuels et environnementaux à un temps donné, aussi bien pour le(s) maltraitant(s) que pour la(les) personne(s) maltraitée(s) : « On ne naît ni victime, ni maltraitant. » (232).

Certaines données apparaissent en effet équivoques, du fait de l'existence de **biais de confusion**. Ainsi, la précarité socio-économique est un facteur de risque à relativiser puisqu'elle n'apparaît pas comme une condition suffisante pour expliquer l'irruption des conduites incestueuses qui sont en fait retrouvées dans toutes les classes sociales. Leur surreprésentation statistique serait plutôt le fait de leur association avec d'autres facteurs, comme les addictions parentales ou les problèmes relationnels. Un bas niveau socio-économique constitue en fait un « facteur secondaire » (126). De la même manière, alors que pour certains auteurs, « la ruralité, un isolement géographique avec une très forte intimité, la promiscuité » vont diminuer « la résistance à l'inceste » (216), ces notions semblent relever en partie d'un système de croyance et de stigmatisation.

Nous devons enfin nous montrer prudents quant à l'interprétation d'autres résultats. Dans les cas d'agression d'un enfant par son beau-père, une hypothèse de lecture serait d'envisager que le rôle paternel dévolu au beau-père ne suffit pas à poser l'interdit, et que l'absence de lien biologique est un facteur permissif de transgression de l'interdit. Néanmoins, l'association à d'autres facteurs doit ici être considérée. La présence d'un beau-père suppose l'existence préalable d'une

séparation parentale, en plus de constituer un facteur de risque de difficultés relationnelles. Or, ces deux facteurs apparaissent comme les plus représentés : « Lorsqu'il s'agit de maltraitances sexuelles intrafamiliales, deux grands facteurs sont identifiés : les difficultés relationnelles familiales (73 %) et les situations de séparation ou de divorce (43 %). » (126). Il peut donc, là aussi, exister des biais de confusion.

Enfin, soulignons qu'il reste plusieurs zones d'ombre concernant les facteurs de risque du fait du peu de littérature concernant les incestes maternels et fraternels.

B. Caractéristiques et facteurs de sévérité

Comme nous l'avons vu, la question du caractère traumatogène est complexe. Nous serions tentés de rechercher des repères, des liens entre les événements incestueux et leurs conséquences psychopathologiques. Nous avons jugé utile de délimiter ici les caractéristiques importantes des violences sexuelles intrafamiliales, mais définir à partir de ceux-ci des critères de sévérité apparaît impossible.

D'abord, une telle définition ne saurait être parce que le psychotraumatisme est le résultat d'une interaction : entre un événement traumatique, les ressources psychiques de la victime, sa relation à l'agresseur et son environnement. Ensuite, on ne peut définir le caractère traumatogène a priori parce que chaque dimension aura un impact spécifique et que ces impacts ne sont pas comparables ou hiérarchisables entre eux. Ainsi, des passages à l'acte coercitifs et violents entre un père affectivement froid et sa fille seront à l'origine de phénomènes dissociatifs majeurs, particulièrement néfastes. Mais des relations incestueuses entre un frère et une sœur particulièrement complices seront pourvoyeuses d'une confusion et d'une culpabilité importantes qui pourront gravement affecter le narcissisme de l'individu.

Nous retiendrons seulement que les abus sexuels intrafamiliaux seront particulièrement traumatogènes **chez l'enfant** du fait de son développement inachevé, et chez l'individu en général du fait du degré de **proximité symbolique** qui le lie à l'agresseur d'une part et du degré de **proximité relationnelle** d'autre part.

Caractéristiques des violences sexuelles intrafamiliales	
Liées à l'évènement	Degré de coercition Degré de violence Nature de l'abus : viols ou agression Association ou non à d'autres maltraitements Evènement unique ou répété Durée de l'abus : de l'épisode ou de la période Fréquence des abus Risque d'exposition persistant ou non
Liées à la victime	Facteurs de vulnérabilité individuels / capacité de résilience Âge Sexe Niveau de mentalisation et capacités intellectuelles Capacités de résistance, force physique Degré de participation de la victime Rôle au sein de la famille (tendance à être parentifié ou infantilisé, place dans la fratrie)
Liées à la relation	Différence d'âge Homosexuelle ou hétérosexuelle Degré de proximité affective et type de relation (relation complice, relation conflictuelle) Fréquence des rencontres : rares, occasionnelles, fréquentes ou cohabitation
Liées à l'environnement	Participation ou non d'autres membres de la famille (complicité, co-auteur) Dynamique du secret : partagé ou non avec les autres membres de la famille Conditions de dévoilement : à qui, comment, quand, judiciarisation ou non Réactions au dévoilement : personne à qui confiée, entourage familial, reconnaissance judiciaire Reconnaissances des faits par l'auteur, reconnaissance de la responsabilité par l'auteur Existence de ressources extra-familiales Existence de violences transgénérationnelles

Tab 4. *Caractéristiques cliniques des violences sexuelles intrafamiliales*

C. Adresser une demande de thérapie familiale

L'objectif de notre travail est de déterminer les indications et les contre-indications à la thérapie familiale en cas de violences incestuelles et incestueuses. L'exploration de la revue de la littérature nous a permis d'identifier certaines caractéristiques nécessaires à l'évaluation de ces situations. Nous proposons ici un exemple de **fiche de liaison** comprenant les principales caractéristiques cliniques des différents acteurs confrontés à l'inceste – victime, auteur, famille – en tant qu'objet pouvant être adressé en vue de réaliser une demande de thérapie familiale.

Cette fiche de liaison se constitue de 5 volets : identification de la victime, identification de l'auteur, identification des faits, identification des autres membres de la famille susceptibles de participer à la thérapie familiale et identification de la famille. Elle s'accompagne des consignes suivantes :

- *Volet 1 à remplir pour chaque victime (en cas de victimes primaires multiples).*
- *Lorsque les places de victime et d'auteur sont difficiles à identifier, remplir pour chaque acteur les parties « identification de la victime ».*
- *Volet 4 à remplir pour chaque membre de la famille susceptible de participer à la thérapie familiale.*

Fiche de liaison – Demande de prise en charge en thérapie familiale

VOLET 1 - Identification de la victime		
Identité	NOM Prénom : Âge : <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Mesure de protection si majeur, <i>précisez :</i> Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Âge au moment des faits :	
Mode de vie	Scolarité, emploi	
	Ressources, aides	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez :</i>
	Situation affective	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Non applicable
	Situation au domicile	<input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Ne vit pas seul, <i>précisez :</i>
	Enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <i>Si oui, précisez :</i>
Volet médical	Antécédents médicaux	- - - - - -
	Antécédents psychiatriques <i>Pour chacun, précisez si équilibré, partiellement équilibré ou à risque de décompensation</i>	- - - - - -
	Antécédents addictologiques	- - - - -

	<p align="center">Symptômes identifiés après les faits</p>	<p>Symptomatologie post-traumatique :</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble stress aigu <input type="checkbox"/> Trouble stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez :</i></p> <p>Symptomatologie psychiatrique actuelle :</p> <p>Conduites addictives ou conduites à risques actuelles :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, précisez :</i></p>
	<p align="center">Rapport aux soins individuels</p>	<p>Prise en charge passée : <i>Pour chaque prise en charge, précisez le type, la durée et l'adhésion / la participation du patient</i></p> <hr/> <p>Prise charge actuelle : <i>Précisez le type, l'avenir du projet de soin et l'adhésion / la participation du patient</i></p>
	<p align="center">Capacités générales d'élaboration</p>	<p><input type="checkbox"/> Bonnes <input type="checkbox"/> Déficitaires <i>Précisez si nécessaire :</i></p>
	<p align="center">Rapport à la demande de thérapie familiale</p>	<p><input type="checkbox"/> Informé <input type="checkbox"/> Non informé <input type="checkbox"/> Initiateur de la demandeur <input type="checkbox"/> Accord donné <input type="checkbox"/> Réticent</p>

Relation à l'auteur	Lien de filiation	
	Fréquence des contacts au moment des faits	<input type="checkbox"/> Cohabitation <input type="checkbox"/> Rencontres fréquentes <input type="checkbox"/> Rencontres occasionnelles <i>Précisez si nécessaire :</i>
	Fréquence des contacts actuellement	<input type="checkbox"/> Cohabitation <input type="checkbox"/> Rencontres fréquentes <input type="checkbox"/> Rencontres occasionnelles <input type="checkbox"/> Aucune rencontre <input type="checkbox"/> Autres contacts <i>Précisez si nécessaire :</i>
	Modalités relationnelles	<i>Précisez si nécessaire :</i>
Mode relationnel au sein de la famille	<i>Précisez si nécessaire :</i>	

VOLET 2 - Identification de l'auteur		
Identité	NOM Prénom : Âge : <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Mesure de protection si majeur, <i>précisez</i> Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin Âge au moment des faits :	
Mode de vie	Scolarité, emploi	
	Ressources, aides	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Autres, <i>précisez :</i>
	Situation affective	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Non applicable
	Situation au domicile	<input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Ne vit pas seul, <i>précisez :</i>
	Enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <i>Si oui, précisez :</i>
Volet médical	Antécédents médicaux	- - - - - - -
	Antécédents psychiatriques <i>Pour chacun, précisez si équilibré, partiellement équilibré ou à risque de décompensation</i>	- - - - - - -
	Antécédents addictologiques	- - - - - -

	<p align="center">Symptômes identifiés après les faits</p>	<p>Symptomatologie post-traumatique :</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble stress aigu <input type="checkbox"/> Trouble stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Autres, précisez :</p> <p>Symptomatologie psychiatrique actuelle :</p> <p>Conduites addictives ou conduites à risques actuelles :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Précisez :</i></p>
	<p align="center">Rapport aux soins individuels</p>	<p>Mesure de soins pénalement ordonnés :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, précisez :</i></p> <hr/> <p>Prise en charge passée : <i>Pour chaque prise en charge, précisez le type, la durée et l'adhésion / la participation du patient</i></p> <hr/> <p>Prise charge actuelle : <i>Précisez le type, l'avenir du projet de soin et l'adhésion / la participation du patient</i></p>
	<p align="center">Capacités générales d'élaboration</p>	<p><input type="checkbox"/> Bonnes <input type="checkbox"/> Déficitaires <i>Précisez si nécessaire :</i></p>
	<p align="center">Rapport à la demande de thérapie familiale</p>	<p><input type="checkbox"/> Informé <input type="checkbox"/> Non informé <input type="checkbox"/> Initiateur de la demandeur <input type="checkbox"/> Accord donné <input type="checkbox"/> Réticent</p>

Sexualité et choix d'objet	<input type="checkbox"/> Hétérosexualité <input type="checkbox"/> Homosexualité <input type="checkbox"/> Bisexualité <input type="checkbox"/> Paraphilie, <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Autres, <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Non spécifié <i>Précisez, si nécessaire :</i>	
Mode relationnel au sein de la famille	<i>Précisez si nécessaire :</i>	
Rapport aux faits	Reconnaissance des faits énoncés par la victime	<input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Aucune <i>Précisez si nécessaire :</i>
	Rapport à la responsabilité	<input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Partielle / Partagée <input type="checkbox"/> Aucune <i>Précisez si nécessaire :</i>

VOLET 3 - Identification des faits		
Nature	<input type="checkbox"/> Viol(s) <input type="checkbox"/> Agression(s) sexuelle(s) <input type="checkbox"/> Autres <i>Précisez :</i>	
Caractérisation	Temporelle	<input type="checkbox"/> Episode unique <input type="checkbox"/> Faits répétés <i>Si répétés, précisez (durée / fréquence) :</i>
	Association à d'autres maltraitements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, précisez :</i>
	Risque d'exposition à des violences persistant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, précisez :</i>
Dévoilement	Circonstances	A qui ? Quand ? Comment ?
	Intervention socio-judiciaire	Judiciarisation des faits <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Passée <i>Précisez :</i>
		Mesures judiciaires actuelles : Mesures sociales actuelles :

VOLET 4 - Identification des autres membres de la famille susceptibles de participer à la thérapie familiale		
Identité	NOM Prénom :	
	Âge : <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/> Mesure de protection si majeur, <i>précisez :</i> Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Mode de vie	Scolarité, emploi	
	Ressources, aides	<input type="checkbox"/> AAH <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez :</i>
	Situation affective	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Non applicable
	Situation au domicile	<input type="checkbox"/> Vit seul <input type="checkbox"/> Ne vit pas seul, <i>précisez :</i>
	Enfants	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non applicable <i>Si oui, précisez :</i>
Volet médical	Antécédents médicaux	- - - - - - -
	Antécédents psychiatriques <i>Pour chacun, précisez si équilibré, partiellement équilibré ou à risque de décompensation</i>	- - - - - -
	Antécédents addictologiques	- - - - - -

	<p align="center">Symptômes identifiés après la découverte des faits</p>	<p>Symptomatologie post-traumatique :</p> <p><input type="checkbox"/> Trouble stress aigu <input type="checkbox"/> Trouble stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p> <p>Symptomatologie psychiatrique actuelle :</p> <p>Conduites addictives ou conduites à risques actuelles :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, précisez :</i></p>
	<p align="center">Rapport aux soins individuels</p>	<p>Prise en charge passée : <i>Pour chaque prise en charge, précisez le type, la durée et l'adhésion / la participation du patient</i></p> <hr/> <p>Prise charge actuelle : <i>Précisez le type, l'avenir du projet de soin et l'adhésion / la participation du patient</i></p>
	<p align="center">Capacités générales d'élaboration</p>	<p><input type="checkbox"/> Bonnes <input type="checkbox"/> Déficitaires <i>Précisez si nécessaire :</i></p>
	<p align="center">Rapport à la demande de thérapie familiale</p>	<p><input type="checkbox"/> Informé <input type="checkbox"/> Non informé <input type="checkbox"/> Initiateur de la demandeur <input type="checkbox"/> Accord donné <input type="checkbox"/> Réticent</p>

Réaction au dévoilement	Temporalité de la réaction : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Réaction immédiate<input type="checkbox"/> Réaction différée<input type="checkbox"/> Réaction contrainte (par une intervention extérieure)<input type="checkbox"/> Non applicable <i>Précisez si nécessaire :</i>
	Rapport aux faits énoncés par la victime : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Reconnaissance totale des faits<input type="checkbox"/> Reconnaissance partielle des faits<input type="checkbox"/> Aucune reconnaissance des faits<input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Non applicable <i>Précisez si nécessaire :</i>
	Rapport à la responsabilité de l'auteur : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Reconnaissance totale de sa responsabilité<input type="checkbox"/> Reconnaissance partielle de sa responsabilité<input type="checkbox"/> Aucune reconnaissance de sa responsabilité<input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Non applicable <i>Précisez si nécessaire :</i>

VOLET 5 - Identification de la famille		
Génogramme <i>Identifier victime(s) et auteur(s)</i>		
Caractérisation	Evènements marquants <i>survenus au sein de la famille intranucléaire, extranucléaire, ou dans les générations précédentes</i>	<input type="checkbox"/> Maltraitance physique, <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Maltraitance psychique, <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Autres abus sexuels, <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Deuils marquants, <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Stress marquant (maladie, guerre, etc), <i>précisez :</i> <input type="checkbox"/> Autre, <i>précisez :</i>
	Autres éléments significatifs relatifs à l'organisation et aux relations familiales	<i>Précisez :</i>

III. THERAPIE FAMILIALE ET INCESTE

*Il doit y avoir quelque chose qui cloche chez lui
sans quoi il n'agirait pas
comme il le fait
c'est pourquoi, s'il agit ainsi,
c'est qu'il y a quelque chose qui cloche chez lui.*

*Il ne croit pas que quelque chose cloche chez lui parce que
l'une des choses qui clochent chez lui
c'est qu'il ne croit pas que quelque chose cloche chez lui
c'est pourquoi
nous devons l'aider à se rendre compte
que le fait qu'il ne le croie pas
est précisément une des choses qui clochent chez lui.*

*Il y a quelque chose qui cloche chez lui parce qu'il croit
qu'il doit y avoir quelque chose qui cloche chez nous
pour que nous essayons de l'aider à voir
qu'il doit y avoir quelque chose qui cloche chez lui
qui lui fait croire que quelque chose cloche chez nous
pour que nous essayons de l'aider à voir
que nous l'aidons
à voir que
nous ne le persécutons pas
en l'aidant
à voir que nous ne le persécutons pas
en l'aidant
à voir qu'il refuse de voir
que quelque chose cloche chez lui
du fait qu'il ne le voit pas*
Ronald David Laing – Nœuds.

1. Envisager la prise en charge

A. Du point de vue soignant

a. L'intérêt de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste

En pratique clinique, au cours de nos différents exercices sur des terrains de stage variés, il nous a semblé que de nombreuses situations répondant à une problématique incestuelle ou incestueuse auraient pu tirer bénéfice d'une prise en charge en thérapie familiale : qu'il s'agisse de patients rencontrés en secteur de psychiatrie adulte, de pédopsychiatrie ou en milieu carcéral. C'est pourquoi nous illustrerons cette dernière partie de cas cliniques rencontrés au cours de nos quatre années d'internat, pour lesquels les identités des patients ont été modifiées dans un souci d'anonymat.

S'agissant des auteurs de violences sexuelles, les thérapies de groupe s'avèrent une modalité « particulièrement efficace » d'après Savin (42) en cela qu'il permet « une confrontation à l'altérité, une prise en compte de l'autre », de prendre conscience de « ce que peuvent vivre et ressentir les autres ». Il s'agit ici d'évoquer les thérapies de groupe mettant en présence des auteurs de violences sexuelles entre eux ou à des victimes qui leur sont étrangères dans les dispositifs de justice restaurative. Reste à définir si le groupe famille peut, lui aussi, s'avérer favorable, pour l'auteur mais aussi pour les autres membres qui y participeraient.

La littérature a d'ores et déjà identifié les situations cliniques les plus enclines à bénéficier d'un traitement familial. D'abord, pour Villeneuve et Tahoria, la thérapie familiale apparaît particulièrement indiquée dans la prise en charge des mineurs, en particulier chez les adolescents souffrant de troubles du comportement et d'abus de substance (233). Or, les violences sexuelles intrafamiliales concernent souvent,

comme nous l'avons vu, des sujets mineurs, qu'ils soient victimes ou acteurs des agirs. Les soins familiaux auraient d'ailleurs des résultats importants : « les recherches sur les infractions sexuelles chez les adolescents montrent que les résultats du traitement chez les jeunes qui commettent des infractions sexuelles sont grandement améliorés si la famille participe au processus thérapeutique » (234).

Selon D. Masson, l'approche familiale est particulièrement intéressante dans les cas de causalité circulaire (235). Comme nous l'avons étudié précédemment, bien qu'il faille être vigilant à ne pas retirer la responsabilité individuelle qui échoie à certains individus identifiés comme agresseurs, la clinique qui entoure les violences sexuelles intrafamiliales semble particulièrement prompte à s'épargner une approche conduite par un principe de causalité linéaire, et à lui privilégier une réflexion tenant compte de la multitude d'éléments qui entrent en interaction avant, pendant et après les passages à l'acte ou autres transactions incestueuses et incestuelles. Masson décrit cinq constellations relationnelles pour lesquelles la thérapie familiale apparaît particulièrement indiquée :

- lorsque des liens forts et des relations d'exploitation caractérisent la famille
- lorsque l'attachement confiant envers une personne extérieure à la famille est vécu comme une trahison, en vertu d'un puissant système de loyauté
- lors de troubles graves, potentiellement mortels, nécessitant une intervention rapide
- lorsqu'il faut lutter contre un sentiment écrasant d'abandon et de rejet
- en cours de thérapie individuelle, lorsque le processus d'émancipation est bloqué par de profonds sentiments de culpabilité (235).

A ce stade de notre parcours, nous pouvons affirmer que les caractéristiques précédemment décrites comme récurrentes dans les familles incestuelles répondent à ces cinq critères, au point peut-être de penser que la thérapie familiale apparaît

comme une thérapie sur-mesure. Miermont, dans un article de 2000, nous conforte dans l'idée que cette modalité psychothérapeutique serait intéressante puisqu'il affirme qu'elle est indiquée lorsque les troubles sont explicitement inscrits dans le champ médico-judiciaire, du fait de l'ampleur de la souffrance collatérale qu'ils occasionnent (236). Effectivement, nous avons observé que les dégâts des violences sexuelles sont potentiellement importants chez la victime, chez l'auteur et chez les autres membres de la famille qui peuvent être considérés comme des victimes indirectes et sont susceptibles de développer une importante culpabilité, ainsi que de nombreuses autres émotions négatives. Cette méthode se proposerait donc de prendre en charge tous les acteurs vraisemblablement sujets à des souffrances psychiques certes différentes mais gravitant autour d'un même événement traumatique, l'irruption du sexuel entre apparentés.

De plus, la thérapie familiale s'applique à rechercher, mobiliser et développer les ressources de chaque membre de la famille afin de faire évoluer une situation pathologique. Racamier écrit : « il va de soi que le mari est vraiment un obstacle sur la voie glissante de l'union narcissique de la mère avec le fils » (49). Ainsi, certains membres de la famille, lorsqu'ils sont remis à leur place et repossédés de leur rôle propre, pourront devenir des éléments clés de la thérapie sur lesquels s'appuieront les thérapeutes afin de faire progresser le processus thérapeutique.

Je rencontre Mélodie à l'Hôpital de Jour ; cette jeune femme de 28 ans présente un trouble du comportement alimentaire de type mixte, comprenant une anorexie restrictive et purgative associée à des crises de boulimie. Lorsque nous mettons en place un dispositif de thérapie familiale, nous savons que la relation de Morgane à son père est marquée du sceau de l'incestuel. A la première consultation, Monsieur arbore fièrement un t-shirt où apparaît en grosses lettres l'inscription : "PERE-FECT",

dont il nous dit qu'il s'agit d'un cadeau de Mélodie. Elle est l'aînée d'une fratrie de deux, sa sœur Sophie étant sa cadette de 3 ans. Quelques années plus tôt, les deux filles avaient quitté le domicile parental pour leurs études. Ce départ avait rapidement été suivi d'une crise dans le couple, du fait que le père avait commencé à entretenir une relation adultérine. On peut pressentir un couple conjugal en difficulté, qui peine à survivre au couple parental et à ce « deuxième mariage » qu'entraîne le départ des enfants. On ressent bien pour Mélodie les bénéfices secondaires à occuper cette place auprès de son père : il est son allié indéfectible, et lui évite d'avoir à s'aventurer dans le monde extérieur, même si ceci se fait au prix du symptôme alimentaire. A noter que ce symptôme vient faire taire la dimension féminine de son corps : elle prend la place de sa mère, ce qui n'est possible qu'à condition de conserver un corps d'enfant, de lui nier toute existence sexualisée. Nous découvrirons d'ailleurs que la proximité physique entre les deux sœurs et leur père a pu être questionnant durant leur développement, en particulier à l'adolescence, lorsqu'il faisait irruption en permanence dans la salle de bain ou la chambre des filles, ou leur prodiguait « des massages ». La mère de Mélodie est discrète durant les entretiens mais la tension est vive avec sa fille aînée. De sa mère, Mélodie a un discours souvent négatif. Elle la décrit comme intrusive à propos de ses apports alimentaires et lui exprime qu'elle est entièrement responsable du fait que son mari l'ait trompée. Elle dira enfin que sa mère lui donne le sentiment "d'être de trop" au domicile familial où elle est retournée vivre depuis quelques années. En somme, la rivalité mère-fille est manifeste, et Mélodie prise dans les conflits conjugaux.

Mélodie et ses parents apparaissent dans une triangulation où la coalition père-fille bloque toutes les interventions de la mère. Alors que Mélodie s'oriente dans la même voie professionnelle que son père avec qui elle partage l'exploitation du

domaine agricole familial, sa sœur Sophie habite avec son petit ami et suit des études de médecine. Cette jeune femme apparaît véritablement comme un co-thérapeute durant les séances : sa prise de parole est respectée, écoutée, vécue comme moins menaçante que celle des soignants. Elle évoquera délicatement les comportements intrusifs du père lors de leur adolescence, et pointera la nécessité que Mélodie et lui mettent « un peu de distance ». Grâce à son rôle de pair générationnel vis-à-vis de sa sœur, et à sa double place – de sujet extérieur parce qu'elle est parvenue à s'individualiser et intérieur parce qu'elle reste impliquée dans la vie familiale – Sophie contribuera grandement à faire évoluer Mélodie, ainsi que l'ensemble du système familial.

Dans cette situation, l'incestuel est à l'œuvre mais l'inceste n'est pas agi. Même lorsqu'il a cours, il arrive que les enjeux relationnels rendent difficiles l'attribution de rôles clairs entre les différents acteurs. Quand bien même une situation d'abus apparaîtrait limpide : « l'agresseur n'est pas toujours qu'un violeur. Peuvent coexister, chez lui, des attitudes tout à fait protectrices et adaptées, qu'il est important de préserver » (195). La thérapie familiale ne va pas nécessairement permettre de sortir de la dichotomie agresseur – victime car il est indispensable de soutenir la loi et de rappeler en séance la responsabilité des auteurs, eu égard au besoin de reconnaissance des victimes. Néanmoins, cette thérapie va permettre de dégager une dimension réflexive supplémentaire : le travail familial est « particulièrement utile pour le fait que les professionnels entendent les différents points de vue et vécus, celui du dénommé « agresseur » et celui de la dénommée « victime » » (157). D'ailleurs, la victime sera particulièrement sujette à la culpabilité, et un sentiment de honte supplémentaire pourra advenir suite aux conséquences de la dénonciation, et d'une répartition binaire des rôles (auteur / victime puis

dénonciateur / dénoncé). Il faudra veiller à ce que celle-ci identifie les origines d'une culpabilité qui n'est pas la sienne ainsi que le moment de bascule où parfois un rapport consenti se transforme en un rapport d'abus, notamment au cours d'un travail individuel. Si la prise en charge familiale peut y contribuer également, elle offre surtout un espace où un déchiffrement supplémentaire est possible. Cet apport de sens participera à sortir l'individu de sa seule identité de victime et d'un statut de victimisation qui pourrait représenter un nouvel obstacle de son existence. Il contribuera à le rendre acteur de sa résilience, à lui redonner un certain pouvoir d'action et à le sortir d'un vécu d'impuissance.

b. Le positionnement de la thérapie familiale

i. Objectifs individuels et collectifs

Certains objectifs de soin seront plutôt l'apanage de la thérapie individuelle. Même s'ils pourront être poursuivis dans le groupe, une bonne indication de thérapie familiale ne se centre pas sur une problématique individuelle mais sur des bénéfices dont tout le monde doit pouvoir profiter. En effet, la thérapie familiale ne doit pas être le théâtre de nouveaux comportements sacrificiels, où certains individus se mobilisent uniquement pour en aider un autre. Quand bien même la motivation est celle-ci, de participer à une thérapie pour favoriser la résilience d'un apparenté, l'objectif du thérapeute est bien de chercher à ce que chaque participant y trouve sa place et un intérêt. Par exemple, l'indication ne peut pas être seulement de développer l'empathie et la prise de conscience de l'auteur de violences sexuelles par rapport à ses actes, comme cela peut l'être dans les thérapies de groupe entre auteurs. Même si la confrontation aux autres membres de la famille et à leur souffrance peut effectivement contribuer à une meilleure reconnaissance de ce dont il est responsable, cela ne peut constituer le seul objectif de la thérapie familiale. Il

faudra distinguer les objectifs propres à la thérapie individuelle, qui pourront évidemment être pris en compte voire atteints en thérapie familiale, et les objectifs propres à cette dernière qui nécessitent de concerner l'ensemble du groupe, par l'association d'objectifs individuels ou par des objectifs collectifs. Nous tenterons de lister les grands axes de la thérapie familiale à l'issue de notre réflexion.

ii. Entretiens familiaux et thérapie familiale

Parfois, le soignant aura besoin de rencontrer certains membres de la famille dans le cadre de la prise en charge individuelle de son patient : dans une dimension de psychoéducation, pour recueillir certains éléments, pour accompagner certaines paroles... Nous distinguerons ici les entretiens familiaux des séances entrant dans un protocole de thérapie familiale à proprement parler, comme le préconise de Becker : « nous devons distinguer deux grands types de rencontres de parole, à savoir les entretiens et les (psycho) thérapies. Les premiers, habituellement sollicités par les professionnels, ont des missions variées incluant des dimensions de soutien, de guidance au sens général. Il s'agit, ici, d'informer, de sensibiliser, d'aider (en mobilisant le réseau social, par exemple, autour d'une question concrète, pratique). Si les membres de la famille ne sont pas véritablement « demandeurs » des rencontres, les cliniciens nourrissent malgré tout une intention thérapeutique [...] Reconnaissons aussi l'utilité, réelle, d'entretiens qui servent, à tout le moins, à baliser des repères dans des « associations humaines » animées la plupart du temps par la confusion, si pas le chaos. [...] A côté (au-delà !?) de ce premier type de traitement, les rencontres de parole, quand elles sont investies, voire demandées par les membres de la famille, dans une perspective de compréhension et de meilleur fonctionnement, portent le nom de (psycho)thérapies. » (157).

Lorsqu'un protocole de thérapie familiale se voit contre-indiqué, toute rencontre avec des membres du groupe familial n'est pas exclue. La frontière entre les entretiens simples et la thérapie familiale est d'ailleurs poreuse, et nous nuancerons ultérieurement la question de l'investissement des familles. Nous verrons que parfois les thérapeutes vont s'engager dans les premiers entretiens auprès de familles peu investies, et les conduire progressivement dans un dispositif de thérapie familial. Avant d'évoquer la question de la demande, il nous faut faire le point sur les résistances qui peuvent exister, de part et d'autre, quant à la possibilité de mettre en place un dispositif de thérapie familiale.

c. Résistances propres aux soignants

A côté du constat qui semble favorable à l'application de la thérapie familiale dans les familles incestuelles et incestueuses, nous avons remarqué que rares étaient les dispositifs et les professionnels à même de répondre à une telle attente de soin. En parallèle, nous faisons l'observation que la littérature spécifique sur le sujet apparaît peu développée.

Il semblerait bien que l'idée de réunir l'auteur et la victime, ou ceux-ci à d'autres sujets de la famille, provoque quelques réticences. D'abord, nous l'avons vu, la question du soin aux auteurs de violence sexuelle intrafamiliale suscite souvent la défiance et des mouvements de recul. Mais ajoutons à cela que lorsque nous évoquons la prise en charge familiale, deux intentions nous viennent à l'esprit.

La première est celle de confronter une victime et son agresseur ; un tel projet suscite légitimement des sentiments d'effroi : dans une dynamique paternaliste, notre premier réflexe n'est certainement pas d'exposer à nouveau un sujet à celui qui l'a maltraité, mais bien de chercher à la mettre à distance et à la protéger. Nous verrons

qu'effectivement, une telle rencontre n'est pas anodine et nécessite de prendre d'importantes précautions, mais nous verrons également que certaines entrevues seront potentiellement bénéfiques.

La seconde représentation défavorable que véhicule la thérapie familiale associée à l'inceste consiste en l'évocation de la question sexuelle en famille. Il apparaît en effet peu approprié d'exposer les faits sexuels transgressifs à l'ensemble des membres de la famille d'une part, et la sexualité des différents membres de la famille auprès des différentes générations prenant part au dispositif, d'autre part. Pourtant, nous l'avons décrit, les passages à l'acte incestueux n'ont pas seulement à voir avec le sexuel, et la thérapie familiale sera loin de ne s'occuper que du domaine de la sexualité : « Si les faits ne sont pas abordés centralement, ou du moins exclusivement, le thème de tout ce qui réalise une relation humaine est élaboré. Il est clair que de réfléchir ensemble sur des notions de réciprocité, de respect de la position de l'autre, du jeu de la demande ouvre sur des perspectives qui, inévitablement, font référence aux événements transgressifs. » (157). Cependant, face à ces familles qui peuvent avoir tendance à ne pas fixer de limites claires entre les individus et à laisser le sexuel se dire de manière inadaptée, il faudra là encore faire preuve d'une attention particulière.

Nous voyons donc que certaines représentations sont à déconstruire, du côté des soignants, pour permettre un déploiement de la thérapie familiale appliquée aux situations de violences sexuelles intrafamiliales. Pour se faire, les soignants auront besoin d'être sensibilisés et formés à la question des violences sexuelles. Si les réticences apparaissent trop massives, la prise en charge ne peut qu'être contre-indiquée et déléguée car, comme le soulignent Villeneuve et Toharia (233), il est important d'allier connaissance et maîtrise de soi aussi pour identifier ses propres

limites. Les professionnels néanmoins ne sont pas les seuls à présenter des résistances quant à la mise en place d'un tel dispositif de soin

B. Du point de vue des patients

a. Résistances propres aux familles

Les caractéristiques de ces familles semblent s'opposer à la possibilité qu'elles adhèrent à une quelconque prise en charge. Le soin apparaît en effet souvent comme une menace pour ces systèmes fermés à l'extérieur, et l'intervention thérapeutique comme une intrusion. Nombreux sont les membres qui vont considérer les questions du psychiatre, au même titre que la mobilisation judiciaire, comme une ingérence dans leur vie privée. Nous rencontrerons en effet de nombreuses résistances du côté des patients.

D'abord, il existe une **résistance au changement** dans ces familles qui se sont construites sur des mécanismes défensifs rigides et hautement effectifs : ne pouvant se considérer autrement que dans une confusion des individus, la famille est sujette à de grandes angoisses quand elle s'aperçoit que son fonctionnement clanique est menacé. Refuser le changement leur apparaît inconsciemment comme la seule possibilité de survivre à ces angoisses.

Ensuite, il existe une **résistance à l'expression des affects et à l'élaboration**, puisqu'elles fonctionnent depuis longtemps, parfois des générations, avec une tendance au passage à l'acte pour pallier les défauts de mentalisation. Le déni hante leur histoire, et la crise qu'elles vivent ne fera que remobiliser les mécanismes défensifs : déni de tout ou partie de la réalité des faits, projections multiples sur les professionnels et clivage. Le clivage peut d'ailleurs s'opérer avec et entre les institutions, ou entre les membres de la famille ; un individu pourra être considéré

comme malade ou déloyal et exclut au profit du reste du système qu'il faut à tout prix épargner, protéger. Il ne faut pas se contenter de penser que : « ces familles sont ouvertement hostiles au changement ou à la thérapie, ni refusent d'aller mieux, simplement, dès qu'on s'approche un tant soit peu de ce qui est hautement tabou (leur façon de fonctionner et leurs relations), on les sent se refermer comme une huître et se replier sur eux dans un silence courtois qui cache une fin de non-recevoir effective ; ce qu'on leur demande ou ce qu'on leur dit est tout simplement impossible à concevoir, ça ne pénètre pas dans leur psychisme, ça ne se critique même pas, ça n'existe pas, tout simplement, ça ne prend pas sens. » (237).

Ainsi, certaines résistances peuvent être dépassées grâce à une intervention minutieuse et délicate, mais d'autres apparaissent aussi comme des signes d'alerte, elles nous préviennent : la famille n'est pas prête à une trop grande remise en question, elle n'est pas en mesure de la réaliser et risque de s'en trouver plus affectée encore. Peut-être est-il trop tôt, peut-être des démarches individuelles préalables sont-elles nécessaires. De ces résistances découleront en partie l'adhésion et la motivation aux soins.

b. La question de la demande

Au sein de la population des auteurs de violence sexuelle, nous observerons parfois une grande souffrance du fait de la rupture familiale, et certains auteurs seront favorables à la thérapie puisqu'ils y verront un moyen de préserver une partie des liens familiaux. Concernant les mineurs, il nous a semblé que nombre d'entre eux sont en demande de mobiliser la famille, mais pour de Becker « rarement, le jeune est demandeur d'aide et de soin [...] il ne s'agit pas tant de la culpabilité qui est à l'œuvre que de la gêne d'être ainsi exposé aux regards des autres, les familiers de

l'entourage. » (157). Pour une partie de la population auteure, une telle prise en charge est également inenvisageable puisqu'ils disent avoir été accusés à tort, ou se sentent littéralement trahis par les victimes qui ont dénoncé leurs agissements.

Au sein de la population des victimes, là encore, la possibilité d'initier ou d'adhérer à un travail familial est variable. Certaines, trop soulagées d'avoir pu se mettre à distance de leur bourreau se refuseront à envisager cette possibilité. Evidemment, chaque position devra être respectée et aucune initiative ne saurait être prise sans l'accord de la victime. Mais un refus de la part de cette dernière n'empêchera pas le thérapeute d'interroger son positionnement, et au besoin d'accompagner son évolution. Dans d'autres cas, au contraire, les victimes peuvent être demandeuses de réaliser une rencontre avec leur famille, pour obtenir des réponses, ou pour rétablir des liens familiaux qui ont été mis à mal.

En tant qu'interne au Centre Pénitentiaire d'Annœullin, je suis sollicitée par un psychiatre exerçant en CMP. Il suit Jessica, patiente âgée de 15 ans, et a été amené à rencontrer sa sœur Noémie qui a 17 ans. Toutes deux ont connu une séparation d'avec leur père il y a plus de 8 ans, lorsque celui-ci a été accusé de viols sur ses filles. Pris sur le fait par la mère de ses enfants qui a aussitôt dénoncé les faits, Monsieur P. a été placé en mandat de dépôt puis jugé et condamné à la réclusion criminelle. Lorsque je rencontre le patient, un important travail d'élaboration a déjà été fait, et il a pleinement conscience du caractère pathologique des relations qu'il entretenait avec ses filles, elles « qu'il aimait plus que tout au monde » et à qui « il ne voulait pas faire de mal ». Jessica, la cadette, après le déploiement d'un suivi individuel important, a fait la demande à sa mère de revoir son père. Et voilà que l'aînée se trouve adhérer à la même idée. La mère, choquée par cette demande, s'en est allée en parler au psychiatre : pour leur retirer cette idée de la tête, peut-

être, ou du moins l'aider à répondre à leur demande. C'est ainsi que le CMP a contacté un organisme de thérapie familiale qui se propose d'organiser des rencontres entre Monsieur P. et ses filles dans le cadre de parloirs.

En fait, la demande peut émaner de n'importe quel membre du système familial. Ce qui compte est que chaque participant soit informé et puisse consentir à la démarche. Idéalement, les patients qui constitueront le groupe familial apparaîtront volontaires pour mener ce travail, mais nous allons voir que la question de l'adhésion aux soins est particulièrement complexe et qu'un véritable travail psychothérapeutique peut parfois s'initier auprès d'individus peu convaincus de l'intérêt des soins au départ.

En pratique, la demande émane souvent d'un professionnel, du monde social ou médical. Il existe plusieurs raisons à cela : d'abord, la connaissance de tels dispositifs, et ensuite, la recherche de ressources dans une situation éprouvante, qui fait souvent suite à un vécu d'impuissance des professionnels devant la complexité de ces situations. Le thérapeute qui peine à prendre en charge une victime ou un auteur de violence sexuelle pourra être tenté de mettre la famille au travail. Nous ne pouvons pas non plus ignorer les situations où les professionnels, du fait d'un certain malaise à devoir assurer ces prises en charge, cherchent à les déléguer.

Indépendamment de ce phénomène *de la patate chaude*, nous pouvons identifier deux situations qui expliquent que la demande émane du professionnel. La première configuration implique des conflits entre la famille et l'institution de soin (233) ; il n'est pas rare que les premiers intervenants auprès de ces patients soient non seulement les plus exposés à leur mécanisme de défense, en particulier le clivage et la projection, mais qu'en plus ils aient dû réaliser un signalement auprès des autorités. La thérapie familiale va permettre ici de faire tiers. Ensuite, les thérapeutes familiaux

seront sollicités « lorsque de multiples intervenants auprès d'une famille sont confrontés à une impression partagée de confusion, d'incompréhension des enjeux, de répétitions des symptômes » (233) pour tenter de réintroduire un peu d'ordre dans le maillage mis en place qui se voit fonctionner en miroir de la famille incestueuse.

Savin va jusqu'à proposer que le travailleur social soit systématiquement à l'origine de la demande et occupe la place « du porte-demandeur » du groupe qu'il constitue avec la famille et ses collègues. Nous reviendrons sur cette proposition ultérieurement, notons seulement ici que lorsque les professionnels sont à l'origine de la demande, il est important que celle-ci se fasse *pour* la famille mais pas à *la place de* la famille. En effet, il faudra veiller à ne pas substituer nos propres désirs, en tant que professionnels, à ceux du groupe familial. Si la famille n'est pas motivée, que les avantages liés au statu quo sont trop importants, que les résistances sont trop virulentes, le moment de l'intervention n'est pas venu. Lorsque nous analysons une situation et estimons qu'une famille, de par ses caractéristiques cliniques, aurait avantage à bénéficier d'une thérapie, nous ne devons pas oublier qu'à l'analyse doit succéder une évaluation, pour savoir si la famille en question est à même de recevoir cette aide spécifique, si elle présente un degré suffisant d'adhésion au projet, ou si au moins elle est prête à cheminer et à se laisser convaincre. Car au-delà de la question de la demande se profile également celle de l'émergence de la demande : « Ces familles violentes, chaotiques, rigides, n'ont aucune expérience de ce qu'est un soutien thérapeutique, elles n'ont jamais expérimenté une relation d'aide qui ait abouti à un changement de leurs règles de vie. Imaginer possible qu'une telle famille puisse d'elle-même demander une aide pour un de ses membres est donc une illusion. On peut toujours attendre... » (157).

Attendre une demande de la famille est donc, dans de nombreux cas, illusoire.

Mais cela ne doit pas décourager la démarche psychothérapeutique. Non seulement les professionnels doivent continuer de proposer des soins, mais la justice, parfois, va même les y contraindre. Loin de la notion du patient consentant et volontaire, nous allons voir que ces dispositifs peuvent malgré tout constituer des tremplins pour initier un véritable parcours de soin.

C. Des soins contraignants aux soins contraints

Une famille ne peut pas, à proprement parler, être contrainte à participer à un programme de thérapie familiale. Effectivement, la justice peut imposer des soins à un individu lorsqu'il a transgressé la loi, sous la forme d'une injonction de soin ou d'une obligation de soin, mais elle ne peut en définir les modalités. Dans la clinique qui nous intéresse, il n'est pas rare que l'un des membres, identifié comme l'agresseur, soit soumis à des soins pénalement ordonnés. Encore une fois, rien ne l'oblige à participer à une prise en charge en thérapie familiale et rien n'oblige les différents membres de la famille qui, pourtant, nécessiteront eux aussi d'être pris en charge, eu égard à la déflagration traumatique et au risque de répétition des violences.

Néanmoins, au-delà du cadre judiciaire, c'est l'ensemble du système familial qui peut se retrouver pris dans un phénomène de contrainte implicite, qu'on appelle communément *une contrainte molle*. Si la justice ne peut imposer la réalisation de soins en particulier, les individus y sont parfois fortement incités. Consentir à de multiples soins pourra se revendiquer auprès de la justice, et permettre de lui témoigner sa bonne foi, son observance, son obéissance. In fine, médecine et justice sont confondues par le sujet pris dans le dispositif : en répondant à ce qu'il croit être les attentes du médecin, il pourra chercher avant tout à parvenir à ses fins sur le plan judiciaire. Ici, les objectifs poursuivis par la famille pourront être de mettre fin à une

séparation et à un processus qui met en lumière les phénomènes incestueux, pour mieux retrouver leur fonctionnement clanique.

Ici, rappelons qu'il est indispensable que les médecins qui prennent en charge ces patients présentent une bonne connaissance du cadre légal qui entoure leur pratique (**Annexe 6**) devant le risque d'interpénétrabilité des domaines de la santé et du judiciaire : « Il s'agit là d'un équilibre fragile qui suppose une éthique des pratiques professionnelles afin de ne pas instrumentaliser la démarche sanitaire, qui deviendrait alors une nouvelle forme de surveillance sociale, ni transformer le professionnel de santé en auxiliaire de justice, voire en agent de probation. » (238). Il ne serait pas question de rejouer une confusion des rôles : au même titre que la justice ne doit pas imposer la modalité des soins, le médecin veillera à respecter les conditions de rencontre des différents membres de la famille lors des entretiens. Ceux-ci ne devront pas seulement se transformer en occasions, pour la famille, de se réunir mais bien aussi de poursuivre un objectif thérapeutique.

Lorsque les seules motivations familiales sont de satisfaire la justice, la contrainte implicite mobilisera des familles sans que le travail ne puisse réellement s'effectuer ; l'absence d'adhésion aux soins ne pourra pas être dépassée et l'absence d'investissement ou l'inadéquation entre ce que les patients sont prêts à affronter et ce qu'ils sont prêts à faire pour prouver leur bonne foi aboutira à un échec de la thérapie. Néanmoins, d'autres fois, les intérêts de chacun peuvent converger : une famille qui ne voit initialement pas le sens de la démarche sera rencontrée et un travail méticuleux pourra commencer pour faire émerger une demande et mettre en lumière les difficultés qui initialement se refusaient à être énoncées.

En tant qu'intervenants à l'Unité Régionale de Soins aux Auteurs de Violence

Sexuelle, nous sommes sollicités par des partenaires sociaux pour intervenir auprès de Jérémy, 15 ans, et de ses parents. Jérémy est placé en foyer depuis plusieurs mois maintenant, après avoir été accusé, par Anaïs, une petite fille âgée de 8 ans accueillie au sein de la famille, de viols et agressions sexuelles. Celle-ci, au domicile depuis plusieurs années, a depuis été reçue par une autre famille d'accueil. Jérémy n'est pas l'enfant biologique du couple, mais y a été accueilli très tôt dans l'enfance et les parents de la famille d'accueil ont entamé une démarche d'adoption. Le lien qui les unit est d'une grande intensité : Jérémy passe tout son temps libre avec son père, à la pêche ou à la chasse, et l'épouse du couple dit se sentir « être sa mère ». Les attitudes maternantes sont d'autant plus déployées que les capacités intellectuelles de l'adolescent sont aujourd'hui légèrement déficitaires et que ses premières années de vie ont été marquées par une grande violence, maltraitance dont le couple a manifestement été informé dans le menu détail. Le discours des parents à propos de Jérémy est unilatéralement positif, et l'on peine à la fin de cette première rencontre à se rappeler le motif premier qui a conduit la famille en ces lieux. Le déni des faits a opéré et nous a (presque) fait oublier ce qui caractérise les interventions de nos équipes. Ici, les trois membres de la famille ont la parole facile quand il s'agit d'évoquer leur histoire, du moins au cours de ce premier rendez-vous. Les parents insistent sur l'horreur de ce qu'a vécu Jérémy avant son placement, sans jamais le nommer. L'arrivée de Jérémy dans leur foyer l'aurait littéralement sauvé, et, comme on le sait, tout sauvetage expose à une impossible dette de vie... Quoiqu'il en soit, à les écouter, tout semble idyllique après le placement de Jérémy auprès du couple, et la demande de prise en charge familiale, donc, n'émane pas d'eux, qui n'ont pas à se plaindre du comportement de leur fils, et ne voient pas leur implication dans sa prise en charge : les actes qui ont été posés par Jérémy, « ça

doit venir de ce qu'il a vécu, avant ». La seule raison qui justifie, à leur sens, leur présence, est la volonté de répondre positivement aux demandes des services sociaux afin de permettre à Jérémy de revenir au plus vite au domicile familial.

Ici, les trois protagonistes sont loin de considérer ce que pourrait leur apporter une prise en charge en thérapie familiale. Néanmoins, ils sont là, et derrière des apparences joviales, semblent désireux de verbaliser, au moins la difficulté que représente la séparation. Peut-être sont-ils prêts à évoquer davantage d'éléments du fonctionnement familial, et de l'histoire du couple qui a construit sa parentalité à travers l'accueil de ces enfants en difficulté. C'est avec enthousiasme qu'ils ont accepté que se renouvellent ces entretiens, durant lesquels les professionnels pourront poursuivre l'évaluation et ensuite, peut-être, poser l'indication d'une thérapie familiale.

L'évaluation préalable est indispensable à la mise en place du dispositif de thérapie familiale, et sera donc l'objet des premières rencontres avec la famille. Si elle ne permettra pas de prédire complètement la réussite ou l'échec du processus thérapeutique, l'évaluation est l'occasion de commencer à identifier les résistances, les motivations et les éventuelles recherches de bénéfices secondaires chez chacun des membres de la famille. L'évaluation devra également prendre en compte de nombreux autres écueils auxquels s'expose la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste.

2. Les écueils de la thérapie familiale

A. Les particularités de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste

Nous l'avons vu, les premières difficultés émergent à la fois du fait de craintes

légitimes, de la part des familles comme des soignants, et de forces contraires au changement. La thérapie familiale appliquée à ce cadre singulier que constitue l'inceste va présenter des particularités supplémentaires par rapport aux autres prises en charge de ce type.

Classiquement, l'approche systémique définit le patient désigné comme le porteur du symptôme, celui qui motive la consultation. Quoique ce symptôme puisse être considéré sous ses aspects interactionnels, l'ensemble de la famille concentre la difficulté et son attention sur un membre présentant selon elle une pathologie, un symptôme ou du moins *un problème*.

Dans les situations qui nous concernent, le patient désigné peut tour à tour être la victime ou l'auteur de violences sexuelles, lorsque les places de ceux-ci sont bien identifiées. Cela dépend des représentations familiales, du degré de reconnaissance des responsabilités de chacun, de la place et de l'attention qui leur est accordée. Ainsi, la famille s'inquiétera davantage de voir la victime se reconstruire ou l'auteur de cesser ses actes. Elle en voudra à la victime d'avoir perturbé le système en dénonçant les faits, ou en voudra à l'auteur pour l'accomplissement de tels passages à l'acte. Parfois même, nous l'avons vu, ces familles présentent une adhésion aux soins si faibles qu'elles ne désignent personne : verrouillant les contours du grand corps collectif menacé par les soignants, elles ne voient pas ce qu'elles vont bien pouvoir dire au psychiatre, puisque d'après elles tout va bien.

De plus, pour Martine Nisse, « la confrontation avec la violence incestueuse a soulevé une question éthique et fondamentale, remettant en question un des axiomes de base de la thérapie familiale. Il s'agit de la connotation positive du symptôme. » (198). Ce concept cherche à considérer favorablement les symptômes

du patient désigné en les reliant à l'objectif bienveillant de maintenir la cohésion du groupe auquel il appartient. Le symptôme servirait l'intérêt de l'ensemble de la famille en permettant l'homéostasie familiale que Mony Elkaïm décrit comme suit : « Le principe d'homéostasie familiale, à l'origine élaboré par Don Jackson en 1954, constitue l'un des éléments du modèle de Satir – l'homéostasie étant la tendance des organismes vivants à chercher un équilibre dynamique dans des conditions et des relations instables. Au sein des familles, cet équilibre se révèle, d'une part, dans le comportement complémentaire de ses membres et, d'autre part, dans leurs schémas de communication circulaires, prévisibles et récurrents. Ce qui se produit dans des relations n'est jamais fortuit, ni jamais le résultat d'un processus causal linéaire, mais représente plutôt une tentative logique et compréhensible de préserver l'équilibre du système familial et, par là même, d'en assurer la survie. » (239).

La thérapie familiale ne peut se rendre coupable d'occulter ou de diluer la responsabilité de l'agresseur. Elle tentera de mettre en évidence des facteurs qui ont autorisé voire facilité le passage à l'acte, mais, si une partie de la responsabilité peut parfois être partagée, il convient de soutenir la loi et de ne pas déposséder l'auteur de son statut d'agresseur ou de criminel. Ceci se fera de manière adaptée à son âge, « avec tact et mesure », pour reprendre une célèbre expression médicale, mais néanmoins ferme et indérogeable. Martine Nisse ajoute à ce propos : « Nous partageons la position d'Ivan Boszormenyi-Nagy, l'inventeur de la thérapie familiale contextuelle, lequel a instauré « l'exigence éthique » comme une des caractéristiques de la psychothérapie. Il plaide en faveur d'une position claire du thérapeute. L'interdit de l'inceste est toujours de la responsabilité des adultes. » (198). Lorsqu'une personne s'est trouvée vulnérable par rapport à une autre, la position du psychiatre sera donc claire ; elle pourra se faire plus nuancée lorsque les

acteurs se trouvent dans une relation symétrique, comme dans certains cas d'inceste adelphique.

Le thérapeute ici devra adopter un positionnement particulier. Andolfi a insisté sur le fait que, dans le contexte de thérapie familial, le thérapeute ne doit pas se percevoir « comme expert à l'égard de ses patients, posant de l'extérieur une « indication » » mais devra investir l'espace comme « co-expert » aux côtés de la famille (240). En cas de violences sexuelles, deux difficultés se posent. D'abord, il nous semble exister d'authentiques contre-indications à la réalisation de la thérapie familiale, que le thérapeute sera le plus à même, du fait de ses compétences, d'identifier. Ensuite, la dimension éducative qui échoie aux thérapeutes va nécessairement les impliquer dans une position de sachant auprès de familles qui ne savent pas mettre de limite. C'est seulement après avoir adopté une posture très étayante que les professionnels vont déléguer aux familles, progressivement, à mesure qu'elles avancent dans leur élaboration : « les transgressions interdites exigent que le thérapeute se situe clairement dans la loi et non pas dans l'illusion de traiter uniquement la réalité intra-psychique de son patient » (241). Et Martine Nisse d'ajouter : « On est assez loin du concept de neutralité bienveillante. On est obligé d'être dans une position thérapeutique active quand on travaille avec des victimes, et également d'être dans une position thérapeutique active quand on travaille avec des agresseurs. » (195).

L'objectif de la thérapie sera donc de perturber l'équilibre familial lorsqu'il apparaît pathologique afin d'induire un changement dans le fonctionnement du système. Or, dans les situations qui nous concernent, le facteur perturbateur a déjà pris place, puisqu'il s'agit de la dénonciation des faits : « Le dévoilement de l'inceste fera traumatisme dans la famille, traumatisme salutaire pour les psychés

individuelles » (242). Le dévoilement est un raz-de-marée : il constitue une révélation pour certains membres de la famille qui ignoraient les faits, lève le voile sur une partie de la conscience refoulée chez d'autres, ou brise clairement la loi du silence qui avait été instaurée. Ainsi, parfois « l'introduction de la loi entraîne rupture et éclatement de la famille, qui s'était longtemps vécue comme idéale, unie, et qui vivait dans l'atemporalité (temps figé, compulsion de répétition) » (243). Le changement est initié par le dévoilement lorsque règne la loi du silence mais dans certains cas, le passage à l'acte lui-même est un appel à l'aide, une réponse à un stress insupportable, par lequel le patient, à travers une crise et la violence sexuelle, tente une forme de rupture.

En fait, d'un point de vue systémique, cette distinction s'applique plus généralement entre symptômes chroniques, qui permettent de préserver le dysfonctionnement familial (anorexie mentale, dépression, TOC...), et symptômes aigus qui disent l'intensité de la souffrance et la nécessité d'en sortir (tentative de suicide, mises en danger, hétéroagressivité...). Ce qui apparaît spécifique dans les situations de violence sexuelle, c'est que des moyens existent pour contraindre la famille à ne pas chroniciser le symptôme incestueux : la justice intervient pour séparer, mettre à l'abri, puis sanctionner. La thérapie familiale peut se reposer sur cette intervention pour accompagner la famille vers la remise en question et des modifications pérennes, elle apparaîtra même comme un préalable indispensable à toute démarche de thérapie familiale.

Certaines conditions devront effectivement être assurées pour qu'un tel espace de travail puisse émerger. Il est donc temps pour nous de répertorier les difficultés que pose spécifiquement la thérapie familiale en cas d'inceste, et d'identifier parmi elles celles qui constitueront de véritables contre-indications. En effet, si certaines

difficultés exposent à un risque d'échec du processus thérapeutique, un traitement familial inapproprié pourra impliquer de véritables complications et des effets cliniques délétères.

B. Les difficultés de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste

a. Ecueils d'ordre général

i. La motivation et le consentement

Nous l'avons vu, la question de l'adhésion au projet thérapeutique de certains membres de la famille peut être un obstacle à sa réalisation. Néanmoins, ces réticences ne constituent que des contre-indications relatives dans le sens où, d'abord, il est nécessaire de donner une information claire quant à ce dispositif et tenter de faire comprendre au mieux les bénéfices attendus. Ensuite, le groupe impliqué dans la thérapie familiale ne se composera que de sujets ayant donné leur accord, un accord le plus libre possible. En effet, la question du consentement apparaîtra ici délicate. Outre la participation des enfants qui soulève cette difficulté dans n'importe quel dispositif de soin, les relations d'emprise pourront nous conduire à nous interroger sur la possibilité d'un consentement éclairé. Ici, l'évaluation clinique préalable et la possibilité pour chacun des participants de revenir sur l'accord qu'il a fourni devraient permettre à la thérapie familiale de se déployer malgré ces difficultés.

La thérapie familiale, dont nous décrivons les modalités pratiques ultérieurement, pourra advenir quand bien même l'ensemble des membres qui y ont été convoqués ne sont pas présents, à condition que les objectifs qui la motivent restent cohérents avec le groupe constitué. Ainsi, une fois la démarche explicative faite, nous veillerons à respecter les positions de chacun, et d'aucune manière le

médecin ne devra insister ou chercher à contraindre un membre de la famille à participer aux séances si celui-ci s'y refuse.

ii. La question de la séparation

Un autre reproche qui pourrait être fait à l'encontre de la thérapie familiale dans ce contexte est celui de venir *réunir* la famille. Alors que nous avons observé dans ces systèmes une tendance à l'indifférenciation en lien avec des angoisses majeures de séparation, il apparaît contre-intuitif d'appliquer un traitement commun qui prend en charge les membres de la famille *ensemble*. Cette critique peut d'emblée être apaisée : en aucun cas la thérapie familiale ne peut constituer un outil unique de la prise en charge. Elle adviendra comme un complément aux prises en charge individuelles, et nous verrons ultérieurement à quel point celles-ci sont nécessaires et complémentaires.

De surcroît, si le thérapeute devra effectivement faire preuve de vigilance quant à ne pas laisser se reproduire les mécanismes défensifs et les habitus relationnels au sein des entretiens, il nous faut préciser que la séparation physique ne doit pas être confondue avec le processus de séparation psychique propre au développement normal d'un individu. Le placement des enfants en est un parfait exemple, le deuil aussi : l'impossibilité pour un individu de revoir un proche ne permettra aucunement que la séparation soit effective et le sujet demeuré vivant, lorsqu'il s'inscrivait dans un rapport de forte dépendance affective à l'autre, n'accèdera pas, suite à cette perte, à sa propre autonomie sans réaliser un travail de séparation psychique. Se séparer n'est pas fuir mais bien s'individuer, parvenir à exister pour soi-même, à découvrir le monde par soi-même et à se distancier d'une partie de l'héritage familial. Au contraire, une séparation posée sans mot et sans accompagnement risque de marquer la personnalité de l'enfant en voie de constitution : « une séparation »

objective » d'un enfant de son milieu familial ne correspond pas du tout au processus de séparation psychique nécessaire à son développement psychoaffectif ; au contraire, la séparation « objective » s'accompagne de conduites et de défenses primitives qui tendent à nier la séparation et maintenir le lien à un niveau régressif. » (244).

L'objectif, conduire la famille sur la voie de la séparation psychique, ne doit pas être confondu avec les modalités, qui nécessitent de la réunir physiquement, puisqu'il s'agit de deux registres de séparation bien distincts. Nous voyons que la confusion des registres n'a pas fini de menacer le thérapeute.

iii. Les rapports médecine – justice

Nous avons précédemment souligné que les bénéfiques secondaires à la prise en charge devaient également faire l'objet d'une attention particulière. Nous évoquons la possibilité pour ces familles de chercher à communiquer un message à la justice en se soumettant à des soins qu'ils n'investissent pourtant pas. La contre-indication est ici relative, eu égard à la possibilité de faire émerger une demande dans certains cas. Une autre forme d'instrumentalisation de la thérapie familiale pour ces familles consisterait à y voir une occasion de se rencontrer, alors que de telles entrevues sont interdites ou limitées par la justice, du fait d'une enquête ou d'une mesure de protection des mineurs. Nous verrons pourquoi un tel dispositif doit s'inscrire dans une certaine temporalité, et que le moment de l'enquête n'y sera pas propice. En revanche, lorsque des parents sont tenus à une certaine distance par le juge, la volonté de voir son enfant ne doit pas constituer le seul motif de venue à la consultation, et l'équipe soignante veillera à ne pas laisser l'enfant ou les enfants seuls en présence de leurs apparentés dans des moments informels, en salle d'attente notamment. Là encore, le cadre thérapeutique devra tenir compte du

contexte judiciaire, et les entretiens ne devront en aucun cas se substituer aux éventuelles visites médiatisées.

Lana a bientôt 7 ans et je la reçois en consultation dans le cadre d'un relai de soin. Elle est placée en famille d'accueil depuis des mois, suite à des viols que son beau-père lui a fait subir. Durant les séances, Lana est extrêmement triste, elle dessine souvent des plantes, « des fleurs qui sont belles mais qui vont bientôt mourir ». Quand je demande à Lana ce qui va leur arriver, elle me répond que les fleurs fanent, que c'est ainsi que va la vie et que l'on n'y peut rien. Sa résignation me fait frémir, voilà un constat existentiel bien accablant pour une petite fille de son âge. Sa maturité intellectuelle, qui s'exprime à travers ses brillants résultats scolaires, s'accompagne d'une drôle d'allure : bien que l'apparence soit bien celle d'une petite fille, quelque chose en Lana fait déjà adulte. En revanche, sur le plan affectif, Lana ne cache pas ses difficultés et parle dès les premiers instants du manque de sa mère. Après quelques semaines nécessaires à l'instauration d'une confiance, Lana me parle de ce que lui a fait son beau-père : « mais ça, c'est pas si grave ; moi si j'avais su, j'aurais rien dit ». Et d'ajouter en pleurant : « je serais encore avec maman si j'avais rien dit ». La séparation d'avec sa mère semble à ce moment de sa vie bien plus douloureux que les événements que lui ont fait subir son beau-père. D'abord, on peut s'imaginer que le « c'est pas si grave » lui aura été répété par ce dernier et qu'un travail important pour lui permettre de reconnaître ce qu'elle a vécu et la gravité du comportement de cet homme envers elle est encore nécessaire. Ensuite, il apparaît évident que la séparation d'avec sa figure d'attachement maternelle fait ici traumatisme, et nous devons accompagner soigneusement Lana dans cette épreuve difficile, lui signifier qu'elle peut compter sur nous et sur sa famille d'accueil, lui permettre d'investir des adultes bienveillants. En fait, si les

contacts entre Lana et sa mère sont si rares, c'est que celle-ci se sera faite complice de son compagnon par le silence, et que l'enquête doit encore statuer tant sur les faits que sur la capacité de cette dernière à mettre en sécurité son enfant. Quoi que ce soit un déchirement de voir cette petite fille réclamer sa mère à tout prix, il n'est pas encore le moment d'envisager de médier une rencontre, mais bien celui de poursuivre la prise en charge individuelle.

De la même manière, il faudra veiller à ce que l'espace de soin ne se substitue pas à la démarche judiciaire. Martine Nisse raconte qu'au cours d'un voyage au Québec pour étudier les pratiques des services canadiens, elle rencontre un criminologue qui recevait les hommes accusés de violences sexuelles intrafamiliales pour leur faire signer un protocole de thérapie qui permettait une déjudiciarisation de l'affaire ; et l'auteur de conclure qu'un tel dispositif apparaît « extrêmement dangereux » (198). Certaines familles chercheront à convaincre le médecin à qui les faits ont été confiés de ne pas les dénoncer, et assureront que les soins suffiront à régler l'ensemble de la situation. Pire encore, certains patients proposeront de marchander leur observance à cette condition, jurant de participer scrupuleusement à toutes les propositions de soin. Là encore, le médecin ne doit pas confondre sa fonction avec celle d'un juge, et ne pas confondre signalement et délation : « En France, notre passif culturel de dénonciations, si douloureux durant l'occupation allemande, a laissé des traces dans l'inconscient de chacun et maintenu une confusion entre délation, dénonciation, et signalement d'un enfant en danger. Les effets se font encore sentir dans les discours de certains professionnels, et donc dans leur conduite. » (241).

Toute situation menaçante concernant un mineur ou une personne vulnérable devra être signalée aux autorités judiciaires, il s'agit là d'un devoir du médecin, et

d'une nécessité pour la suite des soins : « Garder le silence face à une situation d'inceste revient à être complice du système incestueux et, d'un point de vue thermodynamique, à ne pas favoriser l'émergence de la plus petite perturbation » (241). Quoique la relation thérapeutique puisse en pâtir, et que le signalement expose au risque de perdre de vue le patient, il appartient dans un premier temps à la justice d'intervenir pour enquêter et sécuriser les victimes si nécessaires.

Je rencontre Marion en consultation ; à 15 ans, la jeune fille souffre de ce qu'on appelle des crises non épileptiques psychogènes. En effet, elle présente depuis quelques mois, à fréquences variables, des syncopes qui ont fait l'objet de toutes les explorations paracliniques nécessaires : aucune étiologie organique n'est retrouvée. Les malaises de Marion sont apparus après un évènement au lycée : alors qu'elle se trouve dans les vestiaires avec une amie, toutes deux se font agressées par des adolescents, qui les contraignent et les caressent à travers les vêtements. Nous revenons sur ces faits, sur le vécu émotionnel de Marion mais rapidement elle me fait comprendre qu'autre chose, de bien plus important, est arrivé auparavant. A la fin de la troisième consultation, elle aborde ces faits : lui est revenu en mémoire, après l'épisode des vestiaires, des relations sexuelles entre son frère et elle, lorsqu'elle avait environ 8 ans et lui 12 ans. Elle évoque trois ou quatre épisodes, impliquant des fellations, mais aussi une tentative de sodomisation, et les douleurs que celle-ci lui avait fait ressentir. Je demande à Marion si elle en a déjà parlé à quelqu'un, et elle m'explique qu'elle aimerait en parler avec ses parents, mais qu'elle n'ose pas. Elle souhaiterait aussi l'évoquer avec son frère, avec qui elle présente aujourd'hui une bonne entente fraternelle. La question du signalement aux instances judiciaires se pose rapidement : les faits se sont déroulés il y a 7 ans, et même si son grand frère vit toujours à la maison, il ne semble pas exister de danger imminent. Après un point

réalisé en équipe, nous décidons rapidement de réaliser une information préoccupante. Lorsque je souhaite en informer les parents de Marion, je les appelle pour les convoquer à un rendez-vous, auquel la mère seule se rend, malgré les compromis d'emploi du temps réalisés pour accueillir les deux parents en dépit de leur travail. Marion lui a déjà révélé ce qu'elle a dit au dernier rendez-vous et la mère adopte d'emblée une attitude défensive. Lorsque je lui explique que ces révélations ont nécessité de notre part une démarche auprès des services concernés, la mère de Marion cherche à me convaincre du contraire. Tour à tour, elle s'excuse, promet que son mari viendra au prochain rendez-vous, se met en colère et menace notre service. Finalement, elle claque la porte en signifiant que Marion ne reviendra plus en consultation, malgré l'expression dépitée de sa fille qui murmure avant de quitter le bureau un petit mais significatif « désolée ». La réaction de la mère est très violente, à hauteur du choc que représente pour elle la révélation. On peut supposer qu'elle n'est pas tant bouleversée par notre démarche que par ce qui s'est passé dans sa maison. Ici, un travail de thérapie familiale pourrait être intéressant, eu égard aux relations qu'entretiennent Marion et son grand frère en dépit des transgressions du passé. Mais d'abord, il lui faudra faire son cheminement à elle, ainsi que sa famille.

Dans le cas de violences sur majeur, en revanche, la position du médecin est plus délicate. Celui-ci ne pourra qu'accompagner le sujet vers une dénonciation des faits (qu'il soit victime, auteur ou témoin) et devra attendre l'accord de la victime majeure pour réaliser une démarche lui-même. Souvent nécessaire au parcours de résilience, la démarche auprès des services judiciaires est toujours favorable à l'instauration d'un cadre thérapeutique bien délimité. Quand bien même la justice rendue ne satisfait pas les différents acteurs, le médecin se dégage de la

responsabilité de juger les faits.

iv. La reconnaissance des faits et des responsabilités

Les faits seront effectivement le centre de gravité de la prise en charge. Chaque membre de la famille pourra apporter sa vérité quant à ce qui s'est déroulé. Les professionnels se questionneront à cet égard et, même si la réalité objective aura son importance, l'équipe soignante devra composer avec les différents exposés qui lui seront faits, dans le respect des interprétations, des croyances et des résistances de chacun, en prenant en compte les phénomènes de dissociation qui peuvent altérer la perception et la mémoire. Ils auront même ici un rôle important d'information, pour expliquer que les récits, parfois contradictoires, ne sont pas nécessairement le résultat d'une tentative de duperie ou d'une déculpabilisation. Les thérapeutes reconnaîtront la subjectivité de chacun dans ses propres rapports à la vérité.

Néanmoins, pour que la thérapie familiale puisse s'effectuer, il faudra un minimum de consensus au sein de la famille : nous ne saurions exposer la ou les victimes à une remise en question de leur statut et de leur parole. Une reconnaissance des faits est indispensable, ainsi qu'une reconnaissance de la responsabilité de l'auteur, même si elle n'est pas totale. Des phénomènes de banalisation ou de minimisation pourront refaire surface, à titre défensif, mais le cadre thérapeutique doit poser dès le départ la question de la reconnaissance comme un axiome qui ne sera pas remis en question. Dans le cas contraire, la thérapie familiale ne peut pas se réaliser en présence de la victime, et n'est pas à même de travailler sur le passage à l'acte incestueux ; celui-ci ne pourrait qu'être

périphérique, et éventuellement abordé à l'occasion d'une plus vaste problématique.

Monsieur D. est incarcéré pour des faits de viols sur sa nièce Loriane, âgée de 13 ans au moment des faits. Proche de la cinquantaine, ce patient se présente comme un homme travailleur, qui ne souhaite pas être assimilé à un délinquant. Après une enfance difficile marquée par les placements en famille d'accueil et les foyers, il s'est beaucoup investi dans le domaine professionnel, jusqu'à fonder sa propre entreprise de rénovation. Après plusieurs déboires sentimentaux et un divorce, Monsieur D. vivait seul quand il s'est rapproché de Loriane. Les échanges entre la jeune fille et son oncle se trouvent d'abord marqués par une certaine complicité : lui se plaint de sa solitude, du comportement son ex-femme, elle de ses parents avec qui les rapports sont extrêmement conflictuels. Elle rapporte même à son oncle des disputes compliquées de « bagarres ». Ne supportant plus cette situation, Monsieur D. lui propose de partir avec lui, pour quelques jours. Les jours se transforment en semaines et la relation affective s'accompagne d'abus sexuels. Monsieur D. ne cessera de revendiquer une relation amoureuse ; Loriane et lui se comprenaient, il la protégeait de ses figures parentales malveillantes et lui offrait un foyer. Pourtant, pour poursuivre ce qu'il présente comme une relation de couple, Monsieur D. a dû partir à quelques centaines de kilomètres, éviter d'ébruiter leur lien de filiation et le jeune âge de sa « compagne ». La plainte émanera finalement de Loriane qui, après plusieurs mois, s'est tournée vers ses parents pour exprimer la détresse que lui faisait vivre la situation.

Progressivement, nous parvenons à faire émerger chez le patient la conscience de l'immaturité de Loriane, et l'impossibilité d'appeler consentement les attitudes de l'adolescente. En fait, se mettre à la place de Loriane conduit surtout les entretiens à évoquer la propre adolescence de Monsieur D. Il raconte les déceptions multiples,

lorsque sa mère n'honorait pas les visites médiatisées, ou échouait à chaque tentative de retrouver la garde de ses enfants. A sa majorité, Monsieur D. a pris l'habitude de visiter sa mère toutes les semaines. Néanmoins, le malheur de son adolescence et les multiples questions qu'il se pose sur les motifs de la défaillance maternelle n'ont jamais été l'objet d'un échange avec sa mère. Dorénavant, c'est sa mère qui lui rend visite en prison, toutes les semaines. Pour Monsieur D., qui continue de proclamer ses sentiments amoureux, envisager la thérapie familiale pour comprendre les passages à l'acte serait inadéquat. En revanche, la mise en place d'un dispositif de thérapie les incluant, sa mère et lui, nous est apparue nécessaire à la poursuite du cheminement que le patient était en train de réaliser.

Enfin, les objectifs que la thérapie familiale poursuit peuvent être multiples, mais elle doit se prémunir du risque que l'agresseur, lorsqu'il reconnaît pleinement les faits, y cherche un moyen de se faire pardonner. Le cadre thérapeutique aura pour but la progression de chacun dans un parcours de résilience, de respect d'autrui et d'intégration de la loi. Il ne faudrait pas qu'il devienne un espace de pression sur la victime qui devrait à son tour *reconnaître* les excuses de son agresseur. Un sentiment d'apaisement peut émerger, une demande et / ou une expression de pardon s'y déployer, mais cette dernière notion, d'ordre morale et spirituelle, n'est pas un objet du soin, encore moins un objectif.

b. Ecueils cliniques

i. Les relations d'emprise

La confusion est au centre de la clinique de l'inceste, nous la retrouvons tout au long de notre cheminement. On la retrouve partout garante d'un même mécanisme défensif : la confusion des individus permet au groupe de lutter contre ses angoisses

d'anéantissement comme la confusion des communications permet au pervers de s'appropriier l'autre pour lutter contre ces mêmes angoisses au cours de son opération d'emprise. La thérapie familiale, comme lieu de soin, ne peut pas laisser les liens d'emprise se déployer, et c'est peut-être ici que la mission du thérapeute sera la plus périlleuse, et nécessitera le sens clinique le plus affûté.

Dans la thérapie familiale, les thérapeutes peuvent être embarqués dans les transactions relationnelles de la famille et risquer de rejouer la dynamique pathologique. Ils font partie du système le temps des séances, et « plus celui-ci se gèrera avec souplesse, aisance, pertinence, plus il sera « opérant » tant dans ses interactions directes avec la famille que comme « support identificatoire » à celle-ci » (157). Il faudra donc un minimum de plasticité dans le système, que la recherche de contrôle par l'emprise ne parasite pas l'ensemble des interactions familiales. Lorsque les thérapeutes se retrouvent à prendre part aux relations d'emprise, le risque est qu'ils ne parviennent pas, ou pas tout de suite, à l'identifier. Plus les mécanismes d'emprise s'avèreront puissants et efficace, plus il sera difficile de les reconnaître. : « La contamination inconsciente des intervenants est si banale et si peu pensée malgré les situations familiales les plus tragiques, que nous entendons souvent les père et mère désignés par les professionnels de l'enfance en termes tendres « papa, maman », évoquant l'intimité familiale, au moment même où les référents évoquent les faits de délinquance sexuelle ou au moment où ils les évaluent. L'usage inconscient et paradoxal de ces vocables est très récurrent. Il dénote ce que nous appelons une auto-hypnose d'idéalisation parentale. Nous faisons l'hypothèse que ce phénomène inconscient et répétitif peut provoquer un effet systémique de maintien des « distorsions cognitives » des délinquants sexuels, c'est-à-dire de leurs « systèmes de pensées toxiques construites pour surmonter leurs inhibitions internes

à abuser d'un enfant » et renforcer ainsi le système incestueux à l'insu des intervenants. » (198).

Ici, la formation des professionnels apparaît cruciale : pour prendre en charge ces familles et ne pas méconnaître ce risque, y rester vigilant tout au long des séances, il est nécessaire de bien maîtriser les mécanismes cliniques qui peuvent se déployer. La supervision apparaît comme un garant supplémentaire ; en tant que position de méta-analyse, elle permettra d'identifier la confusion et de rechercher les mécanismes pervers. L'évaluation préalable, surtout, aura une mission importante pour poser l'indication ou la contre-indication du fait du risque que fait encourir le phénomène d'emprise. Racamier avait écrit que rien ne pouvait être effectué auprès des sujets pervers ; cette idée est souvent répandue dans le milieu du soin et s'inscrit en faux contre la possibilité d'user de la thérapie familiale.

Rappelons que les relations parent-enfant nécessitent une répartition des pouvoirs et le recours du parent à une certaine autorité, qui constitue une forme d'emprise, bienveillante celle-ci et mise en place au profit de l'enfant. Dans ces familles, néanmoins, des relations d'emprise perverses auront eu cours, pour que le passage à l'acte incestueux ait pu prendre place. Ces relations auront pu infiltrer la personnalité des sujets et les interactions familiales à différents degrés. Lorsque l'emprise est le seul mode d'être aux autres d'un des sujets ou qu'il structure le système familial, alors la thérapie groupale ne paraîtra effectivement pas comme l'outil adapté à sa prise en charge. Cette configuration ne représente cependant pas l'ensemble des familles où existent des transactions incestueuses. L'évaluation tentera au mieux d'apprécier cette caractéristique clinique, comme l'évoque de Becker concernant les auteurs adolescents présentant « une personnalité inquiétante par l'emprise qu'il continue à exercer sur son entourage ». Et d'ajouter : « On peut,

toutefois, supposer que l'étape d'évaluation a écarté les situations de ce type ... Mais ce n'est pas toujours le cas » (157).

Lorsque le travail de thérapie familiale a débuté, le thérapeute sera de toute façon extrêmement attentif à ces mécanismes d'emprise, et devra remettre en question l'indication de la prise en charge à tout moment : « Il en ressort une responsabilité, dans le chef des professionnels, d'être au clair avec la notion de dangerosité, d'énoncer ce qu'ils observent et, in fine, de mettre fin à un contexte maintenant une « relation toxique ». » (157).

ii. La résurgence traumatique

L'un des risques cliniques majeur à mettre en présence les différents membres de la famille est de réactiver des phénomènes traumatiques. En fait, il s'agit de notre principale crainte lorsque nous évoquons la thérapie familiale pour nos patients. Le célèbre adage hippocratique *primum non nocere* prend ici tout son sens : avant que de s'affairer à être efficace, la thérapie familiale devra d'abord ne pas nuire. Pour cela, il apparaît indispensable que les différents membres du groupe familial présentent un état de stabilité minimum sur le plan psychiatrique.

Evidemment, attendre de ces patients une bonne santé psychique est un contre-sens. Mais la thérapie familiale, en tant que méthode particulière d'élaboration intersubjective, exposera ses participants aux événements traumatiques passés et aux personnes qui leur sont associées. Autant de stimuli susceptibles de réveiller le psychotraumatisme. La thérapie familiale nécessitera que les différents membres du groupe familiale présentent des ressources psychiques suffisantes. En particulier, il adviendra de vérifier l'absence de symptômes dissociatifs actifs et envahissants, qui risqueraient alors de s'aggraver. Un accompagnement individuel sera indispensable

lorsque des troubles chroniques existent, pour permettre de soutenir les expériences en thérapie familiale, et d'évaluer régulièrement l'impact du traitement sur le sujet.

A nouveau, il peut être décidé qu'une personne suspende sa participation si la thérapie devenait contre-indiquée. Le choix de la configuration de la thérapie permettra également de s'adapter à ces difficultés, et des thérapies familiales peuvent notamment s'organiser sans associer l'auteur et la victime, pour qui les risques de symptômes post-traumatiques sont les plus importants, quoi qu'ils menacent l'ensemble de la famille.

iii. L'élaboration

Un des objectifs de la thérapie familiale sera de mobiliser des interprétations communes quant aux conditions d'émergence des passages à l'acte. Nous l'avons longuement décrit, il pourra s'agir d'un véritable apprentissage lorsque les membres sont coutumiers d'un gel de l'expression des affects et de la pensée. Quand bien même les thérapeutes vont prêter leur *appareil à penser les pensées* selon l'expression de Wilfred Bion, il faudra que les membres de la famille soient à même de contribuer à l'élaboration pour affronter les questionnements suivants : pourquoi et comment de tels comportements ont pu advenir. Outre les capacités de la famille à progresser en dépit des mécanismes de défense, il sera nécessaire d'avoir recours à certaines capacités cognitives durant le traitement d'une part, et que celles-ci n'aient pas été altérées au moment des faits d'autre part.

Nous pensons ici aux passages à l'acte commis dans des états de jugement altérés, du fait de pathologies neurologiques démentielles ou lésionnelles mais aussi de ceux qui se sont inscrits dans une décompensation délirante ou qui sont associés à un déficit intellectuel profond. Dans ces situations, deux difficultés apparaissent : la

possibilité de faire émerger du sens d'une part, et celle de faire participer des sujets dont les capacités d'élaboration sont encore altérées au moment de la thérapie familiale d'autre part.

S'agissant du premier point, le passage à l'acte semble ici s'inscrire dans une démarche opportuniste, sans que l'on ne puisse attribuer à l'auteur de véritable intentionnalité. Les agirs sont, quoi qu'il en soit, dénués d'enjeux relationnels et entourés de peu de mystère : la victime y joue le rôle d'un sujet présent au mauvais endroit, au mauvais moment. L'analyse de la dynamique familiale, ici, n'apparaît pas congruente à la situation. Si auteur et victime sont ici mis en présence, le risque est d'axer la thérapie familiale davantage sur la problématique de la maladie du sujet, et de faire des faits incestueux un événement périphérique. Impliquer la victime dans un travail de thérapie familial lui fera donc prendre le risque de ne pas se sentir reconnue dans son vécu et de la confronter à un sentiment d'impuissance devant l'absence de signification à donner à l'acte. Des sous-systèmes familiaux pourront s'inscrire dans un processus de thérapie pour réapprendre à *vivre ensemble* et apprendre à *vivre avec* ce qui a été agi. Des entretiens familiaux pourront éventuellement répondre à quelques nécessités de rencontre, mais les indications de la thérapie familiale se verront alors fortement limitées.

Nicolas a 7 ans et est reçu en consultation à la demande de ses parents. Quelques semaines plus tôt, Nicolas et sa famille sont partis dans le Sud de la France pour les vacances. Se trouvaient réunis ses parents, son frère aîné ainsi que son grand-père paternel. Ce dernier souffre d'une maladie d'Alzheimer, et si le maintien à domicile était difficile, le père de Nicolas se relayait avec différents professionnels pour lui porter assistance quotidiennement. Ce dernier avait commencé des démarches pour que son père rejoigne un établissement

d'hébergement médicalisé, devant la perte d'autonomie massive et l'apparition de troubles du comportement, devenus de plus en plus envahissants. Ainsi, il n'était pas rare que celui-ci retrouve son père nu, errant dans son appartement. Les vacances en famille étaient un peu la dernière occasion de lui faire bénéficier d'un cadre dépaysant. Au début du séjour, Nicolas a été témoin d'un épisode de masturbation de son grand-père, en plein milieu du salon. D'abord choqué, il en a rapidement informé ses parents qui se sont immédiatement attelés à rentrer de vacances, pour protéger leurs enfants, et à faire part au médecin traitant de la famille les formes que prenaient l'évolution de la maladie. C'est sur les conseils de ce dernier que les parents de Nicolas viennent nous rencontrer, pour s'assurer que leur fils va bien après ce à quoi il a été exposé.

Le père de Nicolas présente une grande culpabilité ; il avait vu poindre les premiers signes de désinhibition comportementale mais n'a pas su protéger ses enfants. Il est également préoccupé par la progression de la maladie de son père, auquel il est manifestement très attaché. Auprès de nous, il multiplie les questions sur les décisions qu'il faut prendre : « Nicolas peut-il encore rencontrer son grand-père ? Ne serait-il pas pertinent que ces rencontres soient médiées par les psychiatres ? Est-ce que nous savons si Nicolas en veut à son grand-père ? Peut-il comprendre que son grand-père l'aime et n'a pas voulu lui faire de mal ? ». Nous nous apercevons donc qu'au-delà de Nicolas, qui semble satisfait de pouvoir parler de ce qu'il a vécu sans présenter de symptômes secondaires importants, c'est la famille entière qui a été mise à mal, et en particulier le père. Il doit ici questionner la proximité affective avec son propre père, qu'il doit par ailleurs se préparer à perdre. La séparation lui est difficile, au point qu'il lui a fait prendre part aux vacances familiales alors que son état ne le permettait pas. Dans ce contexte, nous trouvons

intéressant de réaliser quelques séances avec Nicolas, son frère et ses parents, afin de nous assurer de l'état clinique de chacun, de la compréhension des faits par tous et d'élaborer autour des questions de séparation. A l'issue de quelques semaines de traitement, Nicolas exprime son souhait de rendre visite à son grand-père dorénavant hébergé en institution, et une indication de prise en charge individuelle se dégage pour son père, qui peine à surmonter seul la progression de la maladie de son parent et à se confronter à l'issue inéluctable de celle-ci.

S'agissant du second point – la capacité à élaborer au moment du traitement – la réflexion rejoindra les contre-indications générales de la thérapie familiale :

l'ensemble des participants devra être en mesure de participer à une élaboration de sens et en mesure de la comprendre. Nous retrouvons également ici la question de l'âge des enfants qui peuvent participer à la thérapie familiale, et la manière de les y intégrer. Le questionnement relatif à la place des enfants n'est pas spécifique aux problématiques incestueuses, mais néanmoins accentué par le contenu des agirs transgressifs, la sexualité.

iv. La sexualité et l'intimité

Nous évoquons l'émergence d'interprétations partagées. Il s'agit ici de construire une démarche à l'origine d'une pensée intersubjective, démarche qui sera néanmoins attentive à valoriser chacun dans sa subjectivité, notamment en distribuant pertinemment la parole. L'apparition d'une réflexion commune ne revient donc pas ici à donner une voix à l'appareil psychique unique qui a pu et peut encore traverser la famille. Nous insistons sur ce point : réunir la famille ne signifie pas refondre ses membres dans une entité indifférenciée. Un écueil plus important en revanche concerne la proximité entre les membres du système familial incestueux.

Les faits transgressifs, ainsi que certains phénomènes pathologiques qui en découlent, vont apporter dans les entretiens la question de la sexualité. Or, il n'est pas question de rejouer les phénomènes de l'incestuel en ne fixant pas les limites nécessaires à l'intimité de chacun.

Il conviendra de prendre garde à ne pas impliquer les différents membres de la famille dans la sexualité des autres, et lorsque le sujet est abordé, l'intervention et l'orientation des thérapeutes sera souvent nécessaire pour délimiter ce qui peut ou ne peut pas être dit, en fonction de la configuration de la thérapie familiale. En effet, si une thérapie de couple apparaîtra particulièrement pertinente pour aborder les questions relatives au sexuel, des précautions devront être prises lorsque différentes générations se rencontrent. Sans instaurer un nouveau tabou, il sera l'occasion pour la famille d'apprendre à poser des limites sur ce qui peut se partager, ou non, à ce sujet.

Monsieur T. est incarcéré suite à des faits d'agressions sexuelles sur sa belle-fille Belinda, réalisés pendant plusieurs années avant que celle-ci ne parvienne à les dévoiler, à sa majorité. Monsieur T. reconnaît les faits qui lui ont été reprochés, ainsi que sa pleine responsabilité, et présente un sentiment de culpabilité important. Lorsque nous retraçons son histoire de vie, je m'aperçois que Monsieur T., avant d'être en couple avec la mère de Belinda, fréquentait la sœur de cette dernière, la tante de Belinda donc. Qui plus est, il a trompé son épouse avec une autre de ses sœurs au cours de leur mariage, ayant donc au total fréquenté trois des quatre filles qui constituent la fratrie. Souvent, en entretien, Monsieur T. évoque, à côté de ses agissements incestueux, les difficultés que le couple rencontrait dans sa sexualité, et ses faibles capacités à rester fidèle à son épouse. Pourtant, les autres adultères ne doivent pas être confondues avec les relations incestueuses, qu'il a, d'une part,

entretenu avec la sœur de sa compagne et, d'autre part, mis en acte auprès de Belinda. Nous constatons donc que l'interdit de l'inceste est ici mal intégré, que les infidélités se doublent d'un certain opportunisme, et que le rapport de Monsieur T. à sa sexualité est plus généralement conflictuel.

Dans une telle configuration, il n'apparaît pas pertinent d'envisager un dispositif de thérapie familiale réunissant l'auteur et la victime ou les pairs générationnels de cette dernière, étant donné l'importance que prend la sexualité de Monsieur T. en consultation. En revanche, nous observons chez la mère et la tante de Belinda une faiblesse dans l'intégration de la prohibition de l'inceste, puisqu'elles ont eu des rapports avec un homme qui a été en couple avec leur sœur. Un travail auprès des différents acteurs du système familial est donc nécessaire en tant que celui-ci apparaît permissif à l'irruption de l'inceste. La thérapie conjugale, en particulier, aurait pu trouver ici une bonne indication.

Nous évoquons l'hypersexualité comme une situation à risque de s'associer aux agirs incestuels et incestueux, cette pathologie apparaît en ce sens contre-indiquée à la mise en présence des parents et des enfants pour des rencontres familiales, sinon pour expliquer la maladie dans ses notions théoriques au cours d'entretiens familiaux. Les symptômes impliqués dans l'hypersexualité risqueraient d'exposer des contenus tout à fait inappropriés et sans pertinence pour la dynamique familiale. Il en serait de même s'agissant d'autres problématiques sexuelles importantes, notamment les paraphilies.

Ici, la difficulté est différente des situations où le jugement est altéré : on ne peut réduire l'acte à la pathologie ; la responsabilité et de la dimension relationnelle ne peuvent être niées. Dans le cas particulier de la pédophilie associée à l'inceste, il

conviendra de bien évaluer la dimension opportuniste des passages à l'acte. Si celle-ci apparaît trop importante, la thérapie familiale ferait courir le risque de réduire la responsabilité de l'agresseur à un trouble plus général qui constituerait une affaire purement individuelle, et ne pourrait que desservir la victime dans sa recherche de reconnaissance et de sens.

Nous pensons donc ici que les indications de la thérapie familiale seront d'autant plus limitées que les agirs sont opportunistes ou exposent au risque de s'intéresser de trop près à la sexualité d'un individu du groupe. En tout cas, confronter la victime et l'agresseur apparaît ici peu approprié, sinon à poursuivre des objectifs limités. En revanche, ces situations seront souvent de bonnes indications à la prise en charge conjugale, plus à même d'évoquer les éléments relatifs à la sexualité.

3. Synthèse

A. Les conditions de la thérapie familiale

a. La nécessité d'une approche individuelle préalable

La thérapie familiale doit être considérée comme un outil parmi l'ensemble des soins déployé autour de ces familles. Elle présente ses avantages, et ses limites. Les objectifs qu'elle poursuit ne se confondent pas avec ceux de la prise en charge individuelle même si, dans l'absolu, elle pourra s'inscrire dans la prolongation des soins déjà effectués et soutenir les axes déjà initiés.

Surtout, nous l'avons remarqué, elle exige qu'une prise en charge individuelle ait préalablement permis d'obtenir une certaine base de travail, au moins en ce qui concerne les principaux acteurs des faits incestueux. La thérapie familiale en effet ne saurait advenir sans une stabilisation minimale des troubles psychiatriques d'une part, ainsi qu'une élaboration sur les notions de responsabilité et de culpabilité,

d'autre part. Les troubles dissociatifs en particulier devront avoir fait l'objet de soins individuels lorsqu'ils existent.

En cela, les thérapeutes familiaux compteront sur l'évaluation de leurs collègues qui ont reçu les patients en individuel, même s'ils procéderont, à leur tour, à une évaluation des différentes dimensions cliniques de la famille et de ses membres lors des premiers entretiens, dans le cadre d'une pré-admission à cette démarche psychothérapeutique particulière. Ceci s'inscrit dans le principe général d'une nécessité de faire lien autour de la famille, et continuité entre les acteurs de la prise en charge, mais souligne aussi l'importance d'une bonne connaissance de la clinique par tous. Enfin, en plus de cette prise en charge préalable, nous avons vu qu'il sera fortement recommandé de lui associer une ou des prises en charge individuelles concomitantes, afin de soutenir les expériences réalisées en thérapie familiale et d'assurer une évaluation de la tolérance au traitement.

b. Le respect des différentes temporalités

La thérapie familiale s'inscrit dans une temporalité : par rapport aux faits, à la justice, aux cheminements des individus. Au-delà des critères permettant de poser ou non l'indication de la thérapie, sa mise en place au moment opportun semble un des points les plus importants. En particulier, il s'agira de prendre son temps avant de mettre en place le dispositif comme le rappelle de Becker : « il existe des écueils, voire des « contre-indications », à réunir les membres d'une famille. C'est le cas quand les thérapeutes provoquent des réunions du groupe familial très, trop précocement. » (157).

D'abord, cette démarche psychothérapeutique exige que la situation soit complètement sécurisée pour l'ensemble des acteurs. Il serait extrêmement néfaste

de la débiter alors que persiste des agirs, ce que nous avons surqualifié de traumatisme de type IV, et plusieurs auteurs ont déjà insisté sur le fait qu'« il ne peut y avoir d'indication à la thérapie familiale aussi longtemps que la violence n'a pas été jugulée » (245). Nous ajoutons qu'elle ne saurait s'organiser alors que persiste une quelconque menace, pour la victime, ou pour d'autres victimes potentielles sur lesquels viendraient se déplacer la violence. Aucune élaboration commune ne pourra être concomitante à de nouvelles interactions incestueuses, ou à toute autre forme de maltraitance. Elle tolèrera l'incestuel et ses symptômes, dont on espère qu'ils pourront progressivement abandonner les relations familiales grâce à l'intervention thérapeutique, à condition que l'exposition des plus vulnérables, en particulier les mineurs, soit malgré tout encadrée par des instances socio-éducatives.

En effet, l'intervention préalable des acteurs du monde judiciaire et social est indispensable. Les soignants ont besoin d'être assurés que les mesures nécessaires pour assurer une base de sécurité ont été prises. Il est « impératif que le cadre judiciaire puisse servir d'étayage au cadre de soin » écrit Ciavaldini (184).

Evidemment, nous dessinons ici les contours d'une situation idéale, et nous savons que parfois des mesures sont prises mais peuvent sembler insuffisantes ou défailtantes. L'essentiel est que les soignants sachent vers qui se tourner s'ils soupçonnent la persistance de certaines maltraitances, et que, le cas échéant, ils sachent mettre fin au processus de thérapie familiale, qui ne trouvera pas sa place dans ces circonstances.

De plus, afin de se dégager un peu de la question des faits, les soins nécessitent que la justice se prononce quant à eux. Pour Vannotti, il ne peut pas y avoir de thérapie familiale avant le jugement (246). Pour l'équipe de thérapie familiale des Buttes Chaumont, que nous présenterons ultérieurement, ces dispositifs peuvent

prendre place avant le procès. Effectivement, des configurations en sous-systèmes au moins semblent tout à fait envisageables. Le préalable indispensable est en fait la reconnaissance des faits et des responsabilités. Avant cela, seules des rencontres dans le cadre d'entretiens familiaux pourront advenir. Sans coller au verdict rendu, les thérapeutes pourront ici prendre soin de renvoyer les patients vers la loi et de rappeler leur rôle de soignant, incompetent à juger les faits et non détenteur du pouvoir qui échoie à la justice. En effet, la recherche de sécurité concerne aussi les soignants ; nous avons vu que ces situations peuvent être particulièrement éprouvantes du fait de l'effroi que suscitent les violences, du tabou de l'inceste et de la responsabilité des soignants d'assurer un cadre thérapeutique qui ne s'avèrera pas néfaste. L'exercice périlleux auquel se prêtent ici les thérapeutes familiaux nécessite qu'ils se sentent eux aussi sécurisés. Sans cela, outre les difficultés à analyser et à mener à bien le travail d'élaboration, ils risquent aussi de s'épuiser et de perdre leurs ressources internes dans une dynamique de traumatisme vicariant.

Il nous faut, toutefois, nuancer la possibilité d'une intervention judiciaire antérieure systématique. Parfois, un passage à l'acte en fait découvrir d'autres, il peut notamment exister des révélations d'évènements traumatiques passés, en particulier chez les parents, ou d'abus extranucléaires. La thérapie familiale y sera même particulièrement propice en réinscrivant la famille dans une temporalité qui lui échappait et en recherchant des mécanismes transgénérationnels. Alors, un des objectifs du groupe pourra être de soutenir le dépôt de plainte éventuel, d'encourager des démarches et des soins individuels, et le médecin ne devra pas oublier son devoir de signalement s'il est détenteur d'informations concernant des mineurs ou des personnes vulnérables. Dans tous les cas, ces nouvelles révélations ne doivent pas concerner des faits à l'intérieur du groupe au travail, au risque de suspendre la

thérapie.

Le moment de la thérapie s'adaptera aussi au temps des symptômes. La thérapie familiale n'interviendra pas trop tôt, chez des sujets pour qui la dimension psychotraumatique est encore trop active, ainsi que les mécanismes défensifs. La thérapie familiale dans les situations de violence sexuelle intrafamiliale n'est pas adaptée à la crise, mais un outil adapté à un moment ultérieur.

Elle sera précautionneuse de ne pas intervenir trop tard non plus : lorsqu'un travail individuel aura permis une bonne différenciation, un retour dans le groupe familial peut exposer à un risque de régression, et ne plus avoir d'intérêt pour un individu en particulier. Cela pose le problème du cheminement de chacun : si un agresseur se sent prêt à initier un travail de thérapie familial après un long cheminement personnel, les autres membres de la famille auront peut-être déjà réalisé leur propre parcours de résilience au moyen d'autres outils. Il faudra ici écouter leur réticence, et préférer des entretiens familiaux dans le cadre de la prise en charge individuelle du membre qui motive la demande.

La thérapie s'appliquera aussi à s'adapter à la maturité de l'élaboration des différents membres, qui devront être « prêts pour y accéder » selon de Becker, c'est-à-dire « qu'ils sont d'accord pour se parler, pour essayer de s'écouter, sans investir la majeure partie de leur énergie mentale à mentir, à se justifier ou à agresser l'autre. » (157). Parfois, cela nécessite que les prises en charge individuelles progressent un peu.

Enfin, la durée de la thérapie doit aussi faire l'objet d'un questionnement. A la séparation psychique, si celle-ci réussit à être opérante, succèdera la séparation physique. Les limites de la thérapie familiale, ses obstacles, ne doivent pas la faire

s'inscrire dans des temps infinis. Contrairement aux prises en charge individuelles qui ne sont pas soumises à cet impératif, il est important qu'elle puisse s'inscrire dans un temps délimité. En détention, le temps peut paraître long et les routines précieuses. Lorsque la thérapie familiale a atteint les limites de ses possibilités, il faudra inviter les patients à inventer de nouvelles manières de se rencontrer, si ce désir existe chez certains d'entre eux. La thérapie familiale pourra elle aussi se transformer : dans des thérapies en sous-groupe, ou en proposant des points réguliers avec la famille, annuels par exemple. Elle pourra s'organiser à nouveau en cas d'évènements particulièrement bouleversants pour la famille (décès, naissance, nouveaux passages à l'acte...). Mais alors, il s'agira de poser le cadre d'une nouvelle thérapie, nouvelle dans ses modalités et dans ses objectifs, et de ne pas la confondre avec la précédente.

c. La formation des professionnels

Parce qu'elle est particulièrement éprouvante et exigeante, la thérapie familiale auprès des familles incestueuses nécessite le recours à des intervenants formés : à la violence sexuelle, à la question de l'inceste, et à la thérapie familiale. Rassembler l'ensemble de ces critères fait évoquer une certaine spécialisation, et en effet il existe en France quelques professionnels qui se consacrent à ces missions, comme c'est le cas du Centre de thérapie familiale des Buttes Chaumont à Paris, fondé par Martine Nisse et Pierre Sabourin, respectivement éducatrice spécialisée et psychiatre, qui est spécialisée dans la prise en charge des victimes et auteurs de violences familiales.

Une sensibilisation à la question spécifique des violences sexuelles auprès de thérapeutes familiaux permettrait d'étendre les dispositifs. Nous l'avons vu, ces violences sont malheureusement répandues et tous les acteurs du soin psychique et

social y seront confrontés. Leur évaluation sera d'ailleurs précieuse pour identifier les indications et les contre-indications à la thérapie familiale. C'est pourquoi nous ne pouvons que préconiser le développement de formation à l'ensemble de ces professionnels, comme celles proposées actuellement à Lille par l'équipe du Dr Seguret à l'URSAVS, qui organise dans ses locaux mais aussi au sein des institutions d'aborder ces thématiques, mais aussi de réaliser des intervisions, c'est-à-dire des accompagnements des équipes exposées à des situations de violence sexuelle.

B. Les modalités de la thérapie familiale

a. Les dispositifs

L'objectif de notre travail n'est pas d'explicitier le contenu du traitement de ces familles. Néanmoins, notre réflexion sur ses indications nous conduit à réaliser quelques remarques. D'abord, il est évident que les thérapeutes qui prennent en charge individuellement un membre de la famille ne pourront pas assurer la thérapie familiale, en ceci que les espaces doivent bien être distingués, dans l'intérêt des soignants comme des patients.

Ensuite, le dispositif classique du double thérapeute nous apparaît ici indispensable, au vu des différents paramètres auxquels il faudra veiller. Le modèle du co-thérapeute a été proposé par Carl Withaker qui considérait qu'« en référence à l'ampleur des tâches à gérer, on ne peut envisager de mener seul ce travail » (198). A l'image de la supervision qui apparaîtra ici particulièrement profitable, multiplier les points de vue semble à la fois permettre d'enrichir l'analyse et de s'assurer que certains écueils seront évités. Néanmoins, à cet égard, Martine Nisse et Pierre Sabourin soulèvent un autre point intéressant.

Il est habituel en thérapie systémique de faire usage d'une glace sans tain permettant à un ou plusieurs co-thérapeutes de suivre les séances sans envahir l'espace thérapeutique. Ces thérapeutes invisibles contribueront à identifier les interactions verbales et surtout non verbales qui sont plus difficilement repérables par les thérapeutes en présence avec la famille. Classiquement, ces derniers s'extraient de l'espace d'entretien en fin de séance pour s'entretenir avec leurs collègues avant de conclure la consultation. Les membres de la famille sont évidemment informés de la présence de ces co-thérapeutes. L'équipe des Buttes Chaumont a choisi « de ne pas adopter le modèle systémique classique dans lequel un ou plusieurs autres thérapeutes observent la séance derrière un miroir sans tain. En effet, dans ces familles abusives où le voyeurisme est fréquent, cette technique risquerait de reproduire, même à l'insu des thérapeutes, un dispositif de persécution parentale perverse » (241). En revanche, ils soutiennent l'usage de la caméra vidéo, comme instrument dont les patients vont « se servir eux-mêmes, à l'inverse de toutes les formes possibles d'exploitation subies... [...] La caméra devient la preuve que nous les considérons comme des sujets à part entière et que nous apprécions leur évolution au-delà de la crise familiale » (241). Nous voyons ici que modalités même de la thérapie familiale devront être adaptées à ces situations cliniques particulières, et qu'il peut aussi exister des contre-indications à l'usage de certains dispositifs.

Ces auteurs rejoignent Bernard Savin pour ouvrir les programmes de thérapies à la possibilité d'inclure des acteurs du monde social au sein même du système familial, dans ce qu'ils appellent respectivement les thérapies « de réseau » ou les thérapies « socio-familiales » : le ou les intervenants représentant de l'institution social ne se contenteront pas d'accompagner la famille à initier la prise en charge mais vont ainsi faire partie intégrante du « groupe socio-familial » qui va faire l'objet

de la thérapie. Un tel dispositif permet une pleine collaboration entre les mondes socio-judiciaire et psychiatrique, et apparaît à ce titre très intéressante, parce que, nous l'avons dit, chacun a besoin de l'appui et des compétences de l'autre. Ceci devra néanmoins se faire en respectant les règles déontologiques propres à chaque champ, en particulier dans le respect du secret professionnel.

Bernard Savin pratique la thérapie socio-familiale analytique, se positionnant plutôt du côté d'une obédience psychodynamique. Nous ne nous appliquerons pas ici à énumérer les différents courants qui ont traversé la thérapie familiale, qui conduisent aujourd'hui à de nombreuses pratiques intégratives. Nous avons-nous-même utilisé jusqu'ici des concepts empruntés à la thérapie systémique et à la psychanalyse. Nous nous contenterons de souligner que l'approche transgénérationnelle semble ici très intéressante, eu égard aux phénomènes de répétition que nous avons pu décrire. Nous ajouterons que la thérapie d'inspiration analytique devra se montrer particulièrement attentive à utiliser un langage compréhensible et partagé, non sujet à des quiproquos ou à d'autres mésinterprétations, comme nous l'avons souligné à l'égard des différences entre le complexe d'Œdipe et l'inceste. Elle pourra par ailleurs être une méthode tout à fait utile et elle est déjà défendue par de nombreux auteurs comme Joubert et Grange-Ségéral, pour qui « la thérapie familiale psychanalytique est une indication privilégiée dans les cas de vécus incestuels et d'inceste » (243). La contribution de la psychanalyse à la compréhension des mécanismes défensifs qui peuvent se mettre en place en cas de violences sexuelles intrafamiliales ne peut que nous conduire à soutenir cette idée. L'équipe des Buttes Chaumont tente quant à elle de réaliser des ponts entre la thérapie familiale systémique et la psychanalyse pour aboutir à un schéma appelé « systéanalytique ».

b. La mise en place

i. Evaluation

Avant d'évoquer les différentes configurations que peut prendre la thérapie familiale, et de nous interroger sur la manière dont va se constituer le groupe au travail, nous devons encore souligner la nécessité d'une évaluation minutieuse pour accomplir cette tâche : évaluation à la fois du groupe et de chaque membre qui va le constituer, évaluation avant et pendant tout le processus. A propos de l'évaluation initiale, dans un article consacré à la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles intrafamiliales mineurs, de Becker préconise de procéder par étape, « de commencer par des rencontres simples, individuelles systémiques » (157), puis d'élargir à des dyades ou à des sous-groupes avant de pouvoir envisager le groupe familial pleinement constitué. Il nous semble que cette méthode pourrait s'appliquer plus généralement aux situations qui nous concernent, et permettrait d'avancer pas à pas pour mieux cerner la situation clinique.

ii. Configuration

Plus concrètement, les configurations finales qui pourront être visées sont les suivantes :

- Thérapie **sans l'auteur** et **sans la victime**
- Thérapie **sans l'auteur** et **avec la victime**
- Thérapies **avec l'auteur** et **sans la victime**
- Thérapies **avec l'auteur** et **avec la victime**.

Pour simplifier la compréhension, nous nous suffirons d'évoquer une situation hypothétique ou une victime unique est identifiée, aux côtés d'un agresseur. Pour

autant, nous avons pleinement conscience que de nombreuses situations s'avèreront beaucoup plus complexes.

Ces différents schémas permettent de contourner une partie des écueils auxquels se confrontent la thérapie familiale et que nous avons énumérés. Ainsi, un auteur peu motivé ou ne reconnaissant pas sa responsabilité n'empêchera pas un travail auprès des autres membres de la famille. Il en sera de même d'une victime trop instable sur le plan clinique, ou réticente. Dans ces cas, il semblera nécessaire d'informer de la démarche les personnes n'y participant pas, pour ne pas accentuer leur éventuel vécu d'isolement et de rejet.

La forme la plus aboutie, la plus difficile à mettre en place aussi, semble la dernière configuration, qui met en présence l'auteur et la victime. Celle-ci se rapproche de la notion de justice restaurative, définie comme « toute mesure permettant à une victime ainsi qu'à l'auteur d'une infraction de participer activement à la résolution des difficultés résultant de l'infraction, et notamment à la réparation des préjudices de toute nature résultant de sa commission » (247). Ce dispositif récent, introduit en France en 2014, semble apporter des résultats positifs en terme « de rétablissement de la paix sociale » (247). Si la thérapie familiale apparaît évidemment bien différente dans ses objectifs et ses prises de risque, franchissant un pas de plus dans la possibilité de confronter auteur et victime, les différents résultats qui émergeront concernant la justice restaurative pourront peut-être inspirer la thérapie familiale.

Faisons ici une dernière remarque. Nous avons évoqué la grande difficulté que pose la définition de la famille, et proposé de considérer, outre les liens biologiques, adoptifs et les liens d'alliance, les liens d'attachement et de responsabilité. C'est

ainsi que nous devons rappeler qu'ici le système familial pourra inclure des membres selon cette proposition. Des membres de la famille intranucléaire pourront rencontrer des membres de la famille extranucléaire lorsque les liens d'attachement seront importants et que cela s'avèrera pertinent. De la même manière, à l'instar du cas clinique représenté par *Jérémy et les parents de sa famille d'accueil*, il nous semble pertinent de proposer que les familles d'accueil puissent être reçues en thérapie familiale.

iii. Une thérapie dynamique

Soulignons que ces configurations doivent s'autoriser à être dynamiques, d'abord parce que, si l'objectif est d'opérer des changements, il ne faudrait pas en priver le processus thérapeutique. Ensuite, parce que l'évaluation ne permettra pas de prédire complètement le déroulé du traitement. Celui-ci pourra toujours s'interroger pour inclure ou exclure des participants durant son déroulé, évoluer au gré des nécessités en sous-systèmes, et voir émerger d'autres thérapies parallèles en sous-système. Le dispositif de thérapie familiale devra surtout s'autoriser à prendre fin si le processus apparaissait nuisible, inefficace ou simplement arrivé au bout de ce qu'il pouvait amener.

c. Objectifs, indications et contre-indications

i. Préalables nécessaires

Rappelons ici les recommandations de l'HAS : « les accompagnements familiaux sont très souvent indispensables lorsqu'un membre de la famille est impliqué dans une agression sexuelle [...]. Les thérapies familiales peuvent être indiquées pour travailler les dysfonctionnements familiaux que ce soit en cas de passage à l'acte intrafamilial ou non [...]. Il n'y a pas de contre-indications spécifiques aux thérapies

familiales car l'investissement des auteurs dans cette dynamique thérapeutique se réalise de façon variable et individualisée » (98).

L'aspect dynamique de la thérapie familiale, sa possibilité de faire évoluer ses objectifs ou ses modalités configurationnelles, permettra de la réaliser dans plusieurs circonstances. Elle devra savoir identifier si une contre-indication se met en place pendant son déroulement, et savoir alors prendre fin. Elle ne pourra être indiquée que si **certains préalables** sont assurés, à savoir :

- **L'absence d'évènement potentiellement traumatogène au sein du groupe durant la thérapie** (violences sexuelles, physiques, psychiques, maltraitance, négligence)
- **Une reconnaissance partagée des faits et de la responsabilité de leur auteur**
- **Une intervention des instances socio-judiciaires** pour sécuriser, enquêter et juger les faits
- **Une participation active de chaque membre qui aura été informé et aura donné son accord** à sa participation
- **Un intérêt potentiel pour chaque membre du groupe**
- **Une prise en charge individuelle préalable des membres du système**, a minima l'auteur et la victime, et **des prises en charge individuelles concomitantes**
- **Une évaluation préalable des caractéristiques cliniques** de la famille et de chacun des membres du groupe, **qui persiste tout au long de la prise en charge**.

ii. Objectifs poursuivis

La thérapie familiale pourra poursuivre plusieurs objectifs, en complément de la

thérapie individuelle. Nous proposons une liste des principaux objectifs que nous avons identifiés comme intéressant particulièrement la démarche de thérapie familiale dans la clinique de l'inceste :

- **Permettre le maintien de liens familiaux** comme facteurs de résilience
- Elaborer à propos des **interactions familiales pathologiques**, en particulier incestuelles
- **Lutter contre les transactions perverses**, lorsque celles-ci ne sont pas trop envahissantes
- **Donner du sens aux agirs dans ses perspectives relationnelles**
- **Verbaliser les affects**, apprendre à les identifier et à les exprimer
- Engager les différents membres de la famille dans **un processus d'individuation et de différenciation, ainsi que dans la séparation psychique** (et physique si nécessaire)
- **Redonner une place à chacun au sein de la famille** en différenciant **les rôles et les générations**
- **Rappeler la loi et assumer une part éducative** sur le tabou de l'inceste et les interdits fondamentaux
- Refaire lien entre la société et la famille, en travaillant sur leurs normes respectives, afin de **favoriser l'ouverture sur l'extérieur**
- **Sortir de la dichotomie victime – agresseur :**
 - **Sortir la victime d'un vécu d'impuissance et éviter les phénomènes de victimisation**, sans méconnaître la nécessaire reconnaissance de son statut de victime
 - **Sortir l'agresseur d'une réduction à ses actes** pour le repositionner dans son humanité et ses qualités, dans son rôle familial, sans

méconnaître sa responsabilité

- **Soutenir les institutions socio-médicales** en se faisant tiers et en repositionnant les places et les fonctions de chacun.

iii. Contre-indications

Nous proposons de synthétiser les contre-indications que nous avons rencontrées tout au long de notre réflexion dans le tableau suivant, à côté des risques qu'elles font encourir et des éventuels moyens de les contourner.

Ecueils particuliers à la thérapie familiale		Complications possibles en cas de mise en place d'une thérapie familiale	Prévention du risque
Contre-transferts négatifs des soignants envers l'auteur		Effets cliniques délétères sur l'auteur	Formation des professionnels Supervision Identification de ses propres limites et délégation
Mauvaise adhésion de la famille	Absence de motivation au changement	Bénéfices secondaires et instrumentalisation du soin à différentes fins : - Recherche de substitution à la condamnation judiciaire - Recherche de bénéfices auprès de l'instance judiciaire - Recherche de contacts interdits ou limités par l'instance judiciaire Echec de la thérapie	Information, accompagnement Evaluation clinique quant à la possibilité de faire émerger une demande et de mobiliser la famille Thérapie différée et réévaluation de l'indication ultérieurement
	Résistances	Famille sujette à des angoisses massives Echec de la thérapie	Information, accompagnement Evaluation clinique quant à : - la possibilité de surmonter les résistances - l'ampleur des résistances comme facteur protecteur de décompensations cliniques Thérapie différée et réévaluation de l'indication ultérieurement

Non reconnaissance des faits et de la responsabilité de l'auteur	Effets cliniques délétères +++ : <i>non intégration de la loi, risque de récurrence, non reconnaissance du statut de victime, consolidation du déni, renforcement des phénomènes d'emprise ...</i>	CONTRE-INDICATION ABSOLUE Parfois possible si reconnaissance partielle
Non sollicitation du monde judiciaire	Instrumentalisation du soin à des fins judiciaires : recherche de substitution à la condamnation judiciaire Insécurité : - risque de nouveaux abus - cadre thérapeutique fragile	CONTRE-INDICATION ABSOLUE
Relation d'emprise	Effets cliniques délétères +++ : <i>nouvelle victimation sexuelle ou non sexuelle, réactivation traumatique, risque de récurrence...</i> Echec de la thérapie	CONTRE-INDICATION ABSOLUE si trop envahissant Formation Supervision Evaluation du phénomène pervers : - dans les transactions relationnelles familiales - dans les structures de personnalité
Instabilité clinique d'un individu	Aggravation symptomatique (symptômes dissociatifs +++)	Prise en charge individuelle préalable Prise en charge individuelle concomitante , pour thérapie de soutien Evaluation régulière de la tolérance au traitement
Faits relatifs à un état de jugement altéré : Troubles neurologiques, décompensation délirante, déficit intellectuel profond...	Effets délétères sur la victime : <i>non reconnaissance, vécu d'impuissance.</i> Echec de la thérapie	Objectifs limités Travail en sous-système
Troubles de la sexualité : Hypersexualité, paraphilie, autres...	Confusion des générations et des individus Non délimitation de l'intimité Exposition à des contenus informatifs inadéquats Effets délétères sur la victime : <i>non reconnaissance, vécu d'impuissance.</i>	Objectifs limités sauf thérapie conjugale Evaluer les dimensions opportuniste et relationnelle des passages à l'acte

Tab 5. Contre-indications de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste

CONCLUSION

L'inceste apparaît comme une notion complexe comme en témoignent les lois, parfois très différentes, qui régissent son interdit à travers les époques, les lieux, et les détenteurs de l'autorité. En psychiatrie, l'inceste se dévoile principalement à travers ses impacts psychopathologiques. Ceux-ci sont très nombreux et peuvent concerner l'ensemble de la nosographie psychiatrique, des symptômes dissociatifs péri et post-traumatiques à la constitution de traits de personnalité pathologiques, en passant par de nombreuses autres expressions plus ou moins spécifiques. Parce que l'inceste s'associe à la filiation, résonne dans notre inconscient et dans les profondeurs de notre humanité, il n'est pas sans conséquence, ni sur les patients ni sur les soignants qui y sont exposés.

Même lorsque, dans certaines familles, des discours chercheront à légitimer l'inceste, à le dénier ou à minimiser son importance, le psychiatre devra, d'une part, soutenir la loi lorsqu'elle a été transgressée, et, d'autre part, favoriser la différenciation des membres de la famille, les encourager à s'individualiser et à explorer le monde extérieur. Comme le lui a appris sa discipline, c'est ainsi que peut se développer sereinement un enfant, et s'épanouir un individu. Loin de se faire juge des situations qu'il rencontre, le professionnel de santé mental aura la quadruple mission de repérer, signaler, prendre en charge et participer à la prévention des violences sexuelles intrafamiliales. Pour cela, il devra parfois faire face à des mécanismes de défense très virulents et à des modes relationnels particulièrement pathologiques comme les liens d'emprise. Il devra les identifier pour protéger les plus vulnérables qui, dans un lien de proximité symbolique mais aussi relationnelle, y seront confrontés.

Au sein de son arsenal thérapeutique, la thérapie familiale apparaît comme un dispositif précieux pour le professionnel de santé confronté à la clinique de l'inceste. Les situations qui lui sont relatives semblent répondre particulièrement bien aux critères généraux d'indication de la thérapie familiale. En s'intéressant à la famille, cette prise en charge permet, entre autres objectifs, de faire émerger du sens pour favoriser la compréhension des actes, de préserver des liens familiaux qui peuvent constituer d'importants facteurs de résilience et de favoriser les processus de différenciation et d'individuation qui font souvent défaut. En repositionnant le sujet à sa place propre au sein de sa famille, la thérapie familiale pourrait en effet lui permettre à terme de s'en émanciper et de fonder sa propre famille, sans répétition des violences sexuelles.

La thérapie familiale appliquée à l'inceste constitue un outil incontestablement particulier, puisqu'elle utilise l'environnement qui a été celui du traumatisme pour tenter de soigner ses conséquences et les facteurs propices à son installation. Elle se confronte à ce titre à de nombreux écueils et s'expose non pas seulement au risque d'être inefficace mais aussi à celui de produire des effets délétères. Pour s'en prémunir, la thérapie familiale se devra d'être rigoureuse, tant dans ses indications que dans ses modalités d'application. Indubitablement, elle n'apparaîtra pas comme un recours au moment de la crise qui suit les révélations de violences sexuelles intrafamiliales, et ne se verra proposée qu'à un moment ultérieur, qui lui est adéquat, en fonction des différentes temporalités cliniques, judiciaires et individuelles. Pour pouvoir être menée, la thérapie familiale nécessitera en effet de considérer certains préalables, et de réaliser une évaluation clinique minutieuse, individuelle et collective, en amont des soins comme en parallèle. Elle nécessitera également une solide formation des professionnels.

Néanmoins, devant ses potentialités, une balance bénéfice-risque favorable devra conduire le clinicien à l'envisager, et à en faire le pari lorsque les moyens existent

de la mettre en place. Il n'oubliera pas que cette décision peut être remise en question à tout moment, en fonction de l'évolution du processus de soin. Rappelons ici cette phrase de l'écrivaine américaine Erica Long : « Ne rien risquer est un risque encore plus grand ! ».

Ce travail nous apparaît préliminaire et a été réalisé avec peu d'expérience clinique de suivis en thérapie familiale dans la clinique de l'inceste. Nous espérons qu'il pourra contribuer à la recherche et à la réflexion sur la mise en place de programmes de thérapie familiale en cas d'inceste pour, finalement, voir les professionnels y être davantage sensibilisés et se mobiliser, les formations se développer, et cet outil se déployer dans des conditions qui lui sont appropriées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haesevoets, Y. (2003). L'enfant victime d'inceste : De la séduction traumatique à la violence sexuelle. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur.
2. Dictionnaire étymologique de la langue latine, Antoine Court de Gébelin. Paris Guillaume, 1788. Page 248 colonne I.
3. Dictionnaire Grec Français Anatole Bailly, page 1084 colonne II.
4. HAMILTON, E. (2013). La Mythologie : ses dieux, ses héros, ses légendes. Poche Marabout.
5. Huet, G. (2012). Héritage du Sanskrit: Dictionnaire sanskrit-français.
6. Bergeret, J. (1984). La violence fondamentale : l'inépuisable Oedipe. Paris: Dunod.
7. Diel, P. (2002). Le Symbolisme dans la mythologie grecque. Payot. Préface de Gaston Bachelard.
8. Universalis, Encyclopædia. « ISHTAR ». Encyclopædia Universalis. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/ishtar/> (19 novembre 2020)
9. Universalis, Encyclopædia. « SARASVATI, divinité hindoue ». Encyclopædia Universalis. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sarasvati-divinite-hindoue/> (19 novembre 2020).
10. Pujos, D. (2020, avril 10). Aux origines du Japon : Les grands mythes shintoïstes. Tokonoma.
11. Lalouette, C. Textes sacrés et textes profanes de l'ancienne Égypte : Mythes, contes et poésie, Paris, Gallimard, 1994.
12. Griaule, M. Dieu d'eau, entretiens avec Ogotemméli, Paris, Arthème Fayard, 1975, 224 p.
13. Roth, G. Cúchulainn, Héros légendaire de l'Irlande, Coop Breizh, Spézet, 1995.
14. Balmory, M. 2000. « Entretien. Marie Balmory. Bible et psychanalyse, deux histoires de parole ». Le Temps.
15. Rigaud, C. (1998). Chapitre II. La texture inconsciente du conte et du mythe chez Freud. Actualité de la psychanalyse, 47 60.
16. Bettelheim B., Psychanalyse des contes de fées, traduction de Théo Carlier, Robert Laffont 1976, réédition Pocket, 1999.
17. Grimm J. et W. Rochut, J-N. 2011. LES CONTES DE GRIMM INTEGRALE. Paris: Auzou.
18. Perrault, C. Peau d'Ane dans Les Contes de ma mère l'Oye.
19. Bettelheim, B. 1978. Préface à Les contes de Charles Perrault.
20. Aquien, M. (2008). Si Peau d'Âne m'était conté...: Lecture psychanalytique du conte. Le Journal des psychologues, 262(9), 67-71.
21. Fourtané, N. (2017). Mariage, inceste et adultère dans les contes populaires des Andes péruviennes. In M. Guennec (Éd.), Entre jouissance et tabous : Les représentations des relations amoureuses et des sexualités dans les Amériques (p. 31 38). Presses universitaires de Rennes.

22. TRAORE, S. L'inceste a travers les contes et legendes africains : dans le silence de la coutume un essai d'anthropologie juridique d'un tabou sans nom. Université Gaston Berger de Saint-Louis (Sénégal)
23. Afanassiev, Contes populaires russes (tome I), traduction Lise Gruel-Apert, Imago, 2008
24. Moïse-Durand, B. (2013). Le conte de Tam et Cam ou « La Cendrillon vietnamienne ». L'Autre, Volume 14(2), 188-197.
25. Nabokov, Vladimir. 2001. Lolita. Folio.
26. Yourcenar, Marguerite. 1991. Anna, soror... Gallimard.
27. Bataille, Georges. 2004. Ma mère. 10/18 éd.
28. Roth, Philip. 1973. Portnoy et son complexe. Gallimard.
29. Le Bonniec, Y. Guillon, C. Ni vieux, ni maîtres, guide à l'usage des 10/18 ans, Ed Alain Moreau, 1981, rééd. 1983, p. 194
30. « L'inceste dans Les Folies Françaises » – Interview de Philippe Sollers pour Pileface. www.pileface.com
31. Gainsbourg, Serge, et Charlotte Gainsbourg. 1984. Love on the Beat Lemon Incest.
32. Thomas, Eva. 1986. Le viol du silence.
33. Barbara. 1970. L'Aigle noir.
34. Mouawad, Wajdi. 2011. Incendies - Le sang des promesses 2. Babel.
35. Le Livre noir de la psychanalyse, sous la direction de Catherine Meyer, 2005, Les Arènes
36. Peng, J. (2014). L'« Œdipe incestué » : violence de l'inceste et subjectivation. *Psychologie Clinique*, 37(1), 172-185.
37. Freud, S. (1933), Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, p. 161-162.
38. Freud, S. 1923, « L'organisation génitale infantile », trad. fr. J. Laplanche, dans *La vie sexuelle*, Paris, puf, 3e éd. 1977.
39. Ferenczi, S., « Confusion de langues entre les adultes et l'enfant », 1932, *Psychanalyse, Œuvres complètes*, t. 4, (1927-1933), Paris, Payot, 1982
40. Ferenczi, S., *Réflexions sur le traumatisme, 1920-1932, le traumatisme*, p. 40, petite Biblio Payot, 2006.
41. D. Winnicott, 1960. « Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux self », dans *Processus de maturation chez l'enfant*.
42. Savin, Bernard, Marion Perrot, et Khadija Chahraoui. 2017. « Soigner les auteurs d'infraction sexuelle ». *Santé mentale*.
43. de Parseval, C. (2007). De Ferenczi à Winnicott : Le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-héron*, 189(2), 122.
44. Laplanche, J (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : la séduction originaire*. Paris : PUF/ Quadrige, 1994.
45. Andre, Jacques. 2001. *Incestes*. PUF.
46. Mahler M. *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation* (trad. de l'anglais), Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2001 (1re éd. 1973), 362 p.
47. Dufourmantelle, Anne. 2001. *La sauvagerie maternelle*. Rivages poche.
48. J.-B. Pontalis (1981), « Non, deux fois non », *Perdre de vue*, Gallimard, « Folio-Essais », 1988, p. 113.
49. Racamier, P. (2010). *L'inceste et l'incestuel*. Paris : Dunod.

50. Tesone, J.-E. (2011). De la théorie de la séduction à la séduction traumatique. In D. Cupa, H. Parat, & G. Chaudoye, *Le sexuel, ses différences et ses genres* (p. 179). EDK, Groupe EDP Sciences.
51. Green, A. Pulsions de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante in *Le travail du négatif*, Paris, Minuit, 1993.
52. *Le Canard Enchaîné*. (2020, janvier 9). Les propos complètement inconscients de la psychanalyste Françoise Dolto.
53. Freud, S. *Totem et tabou*, Paris, Payot, coll. « Petite Bibliothèque Payot », 2001
54. Hua, C. (1998). *Une société sans père ni mari, les Na de Chine*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
55. Baruch, D. (2002). *Au commencement était l'inceste. Petit essai d'anthropologie littéraire* (Zulma).
56. Collignon, R., Brillon, Y., & Collignon, R. (1983). Ethnocriminologie de l'Afrique Noire. *Canadian Journal of African Studies / Revue Canadienne des Études Africaines*, 17(3), 562.
57. Jannet, C. *Les institutions sociales et le droit civil à Sparte*, Docteur en Droit, Avocat à la Cour d'Aix. Paris, 1873.
58. Levi Strauss, C. (1950). *Les structures élémentaires de la parenté*. Préface d'Emmanuel Désveaux. (Les éditions de l'EHESS 2017).
59. M. A. MURRAY, *Marriage in Ancient Egypt*, in *Congrès international des Sciences anthropologiques, COMpte rendus*. Londres, 1934.
60. Métraux, A. (1983). *Les incas* (Points).
61. Heritier, F. (1994). *Les Deux Soeurs et leur mère, anthropologie de l'inceste* (Odile Jacob).
62. Malinowski B. *The Sexual Life of Savages in North-Western Melanesia: an Ethnographic Account of Courtship, Marriage and Family Life among the Natives of the Trobriand Islands, British New Guinea* [archive], recension de George Pitt-Rivers, *Nature* volume 124, pages 870–872, 7 décembre 1929.
63. France Culture. (2014). *Au Népal, épouser une fratrie—Ép. 1/3—Polyandrie*. In *Sur les docks*.
64. Bueb, R. *L'inceste dans la doctrine pénale d'Ancien Régime*. Février 2017. L'Harmattan.
65. D'Onofrio, S. (2004). *L'Esprit de la parenté : Europe et horizon chrétien*. Les Editions de la MSH.
66. Aristote, *Histoire des animaux*, Paris, Gallimard, coll. « Folio », 1994, p. 547.
67. Duncan, P., Feh, C., Gleize, J. C., Malkas, P., & Scott, A. M. (1984). Reduction of inbreeding in a natural herd of horses. *Animal Behaviour*, 32(2), 520–527.
68. Christen, Y. (2013). Ces animaux obsédés par les règles : De la prohibition de l'inceste à l'impératif normatif. *Le Coq-héron*, n° 215(4), 25–34.
69. J. Maynard Smith, « Constraints on human behavior », *Nature*, 1978, vol. 276, p. 121.
70. Hoogland, J.L. 2013. Prairie dogs disperse when all close kin have disappeared. *Science* 339:1205–1207.
71. Sanderson, J. L., Wang, J., Vitikainen, E. I. K., Cant, M. A., & Nichols, H. J. (2015). Banded mongooses avoid inbreeding when mating with members of the same natal group. *Molecular Ecology*, 24(14), 3738–3751
72. Goodall, J. *The Chimpanzees of Gombe: Patterns of Behavior*, 1986
73. De Fazio, C. (2010). *Rôle de la dépression de consanguinité dans le risque d'extinction des petites populations*. Université de Bourgogne.

74. Darwin, C. 1876. *The Effects of Cross and Self-Fertilisation in the Vegetable Kingdom*. London: John Murray.
75. Jiménez, J. A., Hughes, K. A., Alaks, G., Graham, L. & Lacy, R. C. 1994. An experimental study of inbreeding depression in a natural habitat. *Science*, 266, 271-273.
76. Crnokrak, P. & Roff, D. A. 1999. Inbreeding depression in the wild. *Heredity*, 83, 260-270.
77. Ralls, K., Ballou, J. D. & Templeton, A. 1988. Estimates of lethal equivalents and the cost of inbreeding in mammals. *Conservation Biology*, 2, 185–193.
78. Langaney, A., & Nadot, R. (1995). Génétique, parenté et prohibition de l'inceste. In *La frontière des sexes* (p. 105-126). Presses Universitaires de France.
79. DE MEEÛS, Thierry. Concepts de base en génétique des populations In : *Initiation à la génétique des populations naturelles : Applications aux parasites et à leurs vecteurs [en ligne]*. Marseille : IRD Éditions, 2012
80. Helgason, A., Pálsson, S., Guðbjartsson, D. F., Kristjánsson, Þ., & Stefánsson, K. (2008). An Association Between the Kinship and Fertility of Human Couples. *Science*, 319(5864), 813-816.
81. Ledford, H. (2008). When kissing cousins are good for kids. *Nature*, news.2008.562.
82. Science-et-vie.com. (2015, août 11). L'interdit de l'inceste a-t-il un fondement biologique ? - *Science & Vie*. <https://www.science-et-vie.com/corps-et-sante/linterdit-de-l-inceste-a-t-il-un-fondement-biologique-6161>
83. DURKHEIM, E. « La prohibition de l'inceste et ses origines », *L'année sociologique*, n° 1, [1896-1897] 1969.
84. Salem G. *Revue des théories sur le fondement du tabou de l'inceste*. Annales Médico-Psychologiques, Masson, Paris no.138/4, 1980
85. René Girard, *De la violence à la divinité, La Violence et le Sacré*, Paris, Grasset, 2007, 1491 p.
86. Journet, N. (s. d.). *Les cinq leçons de parenté de Maurice Godelier*. Sciences Humaines.
87. Littré—Inceste.2—Définition, citations, étymologie. (s. d.). Consulté 20 novembre 2020, à l'adresse <https://www.littre.org/definition/inceste.2>
88. INCESTE : Définition de INCESTE. (s. d.). Consulté 20 novembre 2020, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/definition/academie8/inceste>
89. Communiqué relatif à l'arrêt n° 1389 du 4 décembre 2013 (12-26.066) de la première chambre civile
90. D. Fenouillet, obs. sous Rennes, 24 janvier 2000, Dr. famille n°11, novembre 2003, chron. 29
91. Le Magueresse, C. (2012). Viol et consentement en droit pénal français. *Réflexions à partir du droit pénal canadien*. *Archives de politique criminelle*, n° 34(1), 223.
92. LOI no 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes (1). Article 222-24
93. Romero, M. (s. d.). *L'inceste et le droit pénal français contemporain : Lorsque l'application du droit dans les tribunaux révèle une indicible frontière*.
94. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women REPORT - Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2005
95. American Psychiatric Association, *DSM-5 : diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5e édition, Washington D.C. American Psychiatric Association, 2013

96. World Health Organization. (1994). CIM-10/ICD-10 : Classification internationale des maladies. Dixième révision. Chapitre V(F), Troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic / coordination générale de la traduction française: C. B. Pull. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
97. Juillet, P. (s. d.). Dictionnaire de psychiatrie (CILF, Paris, 2000).
98. Haute Autorité de Santé. (2009). Recommandations de bonne pratique. Prise en charge des auteurs d'agression sexuelle à l'encontre de mineurs de moins de 15 ans.
99. Bami, C. (2013). Soins contraints, soins subis. *Empan*, 89(1), 92-96
100. Le serment d'Hippocrate. (2019, mars 22). Conseil National de l'Ordre des Médecins. <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
101. Balier, C. (2005). La violence en Abyrne. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
102. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. 1995
103. Figley CR. BURNOUT AS SYSTEMIC TRAUMATIC STRESS: A MODEL FORHELPING TRAUMATIZED FAMILY MEMBERS. *Burn Fam Syst Costs Caring*.1997;15.
104. Auxenfants-Bonord, E. (2017). Traumatisme vicariant, stress traumatique secondaire et fatigue de compassion : Une revue systématique de la littérature autour de ces concepts chez les professionnels de santé mentale [Lille].
105. Ministère de l'Intérieur. (2020). Insécurité et délinquance en 2019 : Une première photographie.
106. Ministère de la Justice. (2020). Les condamnations — Année 2018.
107. Service statistique ministériel de la sécurité intérieure. (2018). Rapport d'enquête « cadre de vie et sécurité » 2018 Victimation, délinquance et sentiment d'insécurité.
108. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). (2019). La lettre de l'Observatoire National des Violences faites aux femmes. 28.
109. Enquête Virage et premiers résultats sur les violences sexuelles. (s. d.). Ined - Institut national d'études démographiques.
110. IPSOS. (2019). Les français-e-s et les représentations sur le viol et les violences sexuelle s—Vague 2—2019 vs 2015.
111. Collège National des Universitaires en Psychiatrie , Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. (2016). Référentiel de Psychiatrie et Addictologie Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie (PRESSES UNIVERSITAIRES FRANCOIS RABELAIS).
112. Laplanche J. et Pontalis J.-B, Vocabulaire de la psychanalyse, Paris, puf, 1967.
113. Josse, E. (2019). Le traumatisme psychique chez l'adulte. De Boeck Supérieur.
114. Baubet, T., & Rozzeg, D. (2018). Troubles liés aux traumatismes chez les enfants. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/troubles-lies-aux-traumatismes-chez-les-enfants>
115. Vermeiren, É. (2009). LES ÉVÉNEMENTS TRAUMATOGENÈS. 4.
116. VAN GIJSEHEM, H. (1975) L'inceste père-fille. *La Vie Médicale au Canada français*.
117. Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164–180.

118. Terr L.C. "Childhood traumas: an outline and overview". *Am. J. Psychiatry*, 1991 ; 148 : 10-20
119. Solomon E.P. and Heide K.M., « Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma », *Int J Offender Ther Comp Criminol.*1999; 43: 202-210
120. Josse, E. (2007). *Le traumatisme psychique, quelques repères notionnels.*
121. Lewis Herman J., *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. From Domestic Abuse to Political Terror*, Basic Books, juillet 2015.
122. SGROI, Suzanne M., (sous la direction de), *L'agression sexuelle et l'enfant : approche et thérapies*, Saint-Laurent, éditions du Trécaré, 1986, (traduction).
123. Boyer P., Crocq M-A, Guelfi J-D. (2016). *Mini DSM-5 APA Critères Diagnostiques* (Elsevier Masson).
124. Salmona, M. *La mémoire traumatique in L'aide-mémoire en Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008.
125. BACIU M., (2011). *Bases de neuroscience neuroanatomie fonctionnelle.* De Boeck.
126. Haute Autorité de Santé. (2011). *Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : Reconnaître les maltraitances sexuelles intrafamiliales chez le mineur.* *La Revue Sage-Femme*, 10(6), 289 293.
127. Beitchman, J. H., Zucker, K. J., Hood, J. E., daCosta, G. A., & Akman, D. (1991). A review of the short-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 15(4), 537 556.
128. Crocq, L., & Cremniter, D. (2014). 8 - Prises d'otages : Psychologie de l'otage et syndrome de Stockholm. In Louis Crocq (Éd.), *Traumatismes Psychiques* (Deuxième Édition) (p. 81 100). Elsevier Masson.
129. Salmona, D. M. (s. d.). **PRÉVENTION DES VIOLENCES SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS PARTIE 2.** 21.
130. Romano, H. (2012). *Le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste.* *La psychiatrie de l'enfant*, 55(1), 225.
131. B. Grosjean, « Quand l'abus sexuel mène au crash », *Libération*, 11 avril 2003
132. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159:1908-13.
133. Bourgault, R. (2013). 8. Trauma complexe ou DESNOS. Dans : Marianne Kédia éd., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie: En 49 notions* (pp. 64-71). Paris: Dunod.
134. Vilain, J., Galliot, A.-M., Durand-Roger, J., Leboyer, M., Llorca, P.-M., Schürhoff, F., & Szöke, A. (2013). Les facteurs de risque environnementaux de la schizophrénie. *L'Encéphale*, 39(1), 19 28.
135. Benarous, X. (2014). *Abus, maltraitance et négligence : (1) épidémiologie et retentissements psychiques, somatiques et sociaux.*
136. De Moura Freire, S., Romano, H. & Scelles, R. (2013). *Inceste et maternalité : revue de la littérature [1].* Dans : Patrick Ayoun éd., *Inceste, lorsque les mères ne protègent pas leur enfant* (pp. 187-210). Toulouse, France: ERES.
137. Carnes, P., & O'Hara, S. (1991). Sexual addiction screening test (SAST). *Tennessee Nurse*, 54(3), 29.
138. Bancroft, J. (2008). *Human sexuality and its problems.* Elsevier Health Sciences.
139. Krueger, R. B., & Kaplan, M. S. (2001). The paraphilic and hypersexual disorders: An overview. *Journal of Psychiatric Practice®*, 7(6), 391-403.
140. Kafka MP. *Hypersexual Disorder: A Proposed Diagnosis for DSM-V.* *Arch 8 Sex Behav.* 2010
141. Ciavaldini, A. (2014). *Prise en charge des délinquants sexuels* (Fabert).

142. DELAGE, M., Existe-t-il une histoire particulière chez les agresseurs sexuels ? Quel est le rôle de ce facteur ?
143. GLAZER D. (1997). Sexual abuse in : *Médecine in adolescence*, Ch. brook, E. Arnold. London.
144. Becker, J. V. , & Hunter, J. A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 177-197.
145. Faller, K. C. (1989). Why sexual abuse? An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, 13(4), 543 548. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90058-6](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90058-6)
146. Dossios, C. (2016). La relation d'emprise. *Le Journal des psychologues*, 337(5), 46-49. <https://doi.org/10.3917/jdp.337.0046>
147. Tiihonen, J., Rautiainen, M., Ollila, H. et al. Genetic background of extreme violent behavior. *Mol Psychiatry* 20, 786–792 (2015).
148. Le point magazine, (2014, octobre 28). Gènes de la violence : Le débat est relancé. *Le Point*. https://www.lepoint.fr/sciences-nature/genes-de-la-violence-le-debat-est-relance-28-10-2014-1876406_1924.php
149. McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G., & Meaney, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature neuroscience*, 12(3), 342–348. <https://doi.org/10.1038/nn.2270>
150. Roberts, A.L., Gladish, N., Gatev, E. et al. Exposure to childhood abuse is associated with human sperm DNA methylation. *Transl Psychiatry* 8, 194 (2018).
151. Freud, A., & Berman, A. (1936). *Le moi et les mécanismes de défense*. Presses universitaires de France. 2001.
152. PAPAZIAN, B. (1994). Bref essai d'analyse des mécanismes inconscients qui interviennent dans la répétition transgénérationnelle d'abus physiques ou sexuels, *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 2, 1994.
153. Kaplan, M. S., & Green, A. (1995). Incarcerated female sexual offenders: A comparison of sexual histories with eleven female nonsexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7(4), 287-300.
154. COUTANCEAU, R., BENSILUM, I., TAUZEAU, T., & WOLANSKI, I. (2019). Expertise psychiatrique, psychologique, psycho-criminologique, et psycho-sexologique d'un auteur d'agression sexuelle.
155. DSM-II : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (1968). American Psychiatric Association.
156. CRIAVS. (s. d.). Rapport du 17 juin 2018—Auteurs de violences sexuelles : Prévention, évaluation, prise en charge.
157. de Becker, E. (2006). L'approche systémique et la thérapie familiale des mineurs d'âge auteurs d'agression sexuelle intrafamiliale. *Psychothérapies*, vol. 26(3), 143-153.
158. Floris-Coffre, E. Evaluation du concept d'addiction sexuelle chez une population d'auteurs d'infractions sexuelles ; Sous la dir. de Florent Cochez (Université de Bordeaux 2 ; Thèse d'exercice ; 2004)
159. Chopin, M. (2011). Trouble hypersexuel : Innovation du DSM-V ou réminiscence d'un passé bien oublié ? 13(3). *Le courrier des addictions*.
160. Joller, P., Gupta, N., Seitz, D. P., Frank, C., Gibson, M., & Gill, S. S. (2013). Approche pour les comportements sexuels inappropriés chez des personnes atteintes de démence. *Canadian Family Physician*, 59(3), e135–e140.
161. Pham, T. H. (2013). L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels.

162. Hucker, S., Langevin, R., Dickey, R., Handy, L., Chambers, J., Wright, S., ... & Wortzman, G. (1988). Cerebral damage and dysfunction in sexually aggressive men. *Annals of Sex Research*, 1(1), 33-47.
163. Cantor, J. M., Blanchard, R., Robichaud, L. K., & Christensen, B. K. (2005). "Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders": Correction to Cantor et al.(2005).
164. Kelly, T., Richardson, G., Hunter, R., & Knapp, M. (2002). Attention and executive function deficits in adolescent sex offenders. *Child Neuropsychology*, 8(2), 138-143.
165. TARDIF M, 1998, « Le déterminisme de la carence d'élaboration dans le passage à l'acte », in « Le passage à l'acte », de MILLAUD F., aux éditions MASSON, PARIS.
166. Ciavaldini, A. (1999). Passivation et mobilisation des affects dans la pratique analytique avec le délinquant sexuel. *Revue française de psychanalyse*, 63(5), 1775-1783.
167. GILLETTE, M.-L., NICOLAS, V., PARISOT, S. et ROBIN, N. (2010). Approche psychodynamique des comportements sexuels pervers, traitement par le psychodrame analytique en groupe. In R. Coutanceau et J. Smith, *La violence sexuelle*. Paris : Dunod.
168. Ciavaldini, A., & Neau, F. (2010). Psychopathologie psychanalytique du passage à l'acte. *EMC PSYCHIATRIE*, 37-510-A-30 vol 144, 1 6.
169. Bessoles, P. (2006). Le complexe criminogène. Contribution à une psychogenèse de la criminalité sexuelle. *Bulletin de psychologie*, numéro 481(1), 75-80.
170. Coutanceau, R., & Martorell, A. (2002). Les violeurs. *Santé mentale*, 64, 22 24.
171. MOULIN, V., & MORHAIN, Y. (2014). L'agression de la victime, une modalité de gestion de la conflictualité psychique et de restauration d'une continuité interne. *L'agression de la victime, une modalité de gestion de la conflictualité psychique et de restauration d'une continuité interne*, 172(6), 419 425.
172. Bouchet-Kervella D., 2001, « Existe-t-il des caractéristiques cliniques et psychopathologiques des pédophiles extrafamiliaux adultes ? », in *Psychopathologie et traitements actuels des auteurs d'agression sexuelle*. Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie, Paris, John Libbey.
173. Sirota, A., Neculau, A. & Soponaru-Puzdriac, C. (2010). Le système totalitaire : du dehors au dedans [1]. *Connexions*, 94(2), 95-112.
174. Dossios, C. (2016). La relation d'emprise. *Le Journal des psychologues*, 337(5), 46-49.
175. Racamier, Paul-Claude (1992), « Pensée perverse et décervelage », *Secret de famille et pensée perverse*, Gruppo n° 8, *Revue de psychanalyse groupale*, Paris : Apsygée, p. 137-155.
176. Eiguer, D. A. (2017, juillet 27). Le pervers narcissique et son complice. Dr Alberto-Eiguer.
177. Paul-Claude Racamier, *Génie des origines*, 4e partie p. 279–340, Payot, 1992 (ISBN 978-2228885126).
178. Dor, J. (1987). *Structure et perversions*.
179. Mucchielli, A. (1995). La communication paradoxale. Dans : , A. Mucchielli, *Psychologie de la communication* (pp. 109-118). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
180. Amblard, F. (2003). *Panser l'impensable : Vivre pleinement sa vie d'adulte malgré un abus sexuel dans l'enfance*. Editions Jouvence.
181. Hirigoyen, M.-F. (1998). *Le Harcèlement Moral : La violence perverse au quotidien (La découverte)*.

182. Hugon, C. & Nétillard, C. (2013). La relation d'emprise: Un mode relationnel complexe. *Le Journal des psychologues*, 305(2), 71-75.
183. Kestemberg E. La relation fétichique à l'objet. *Revue Française de Psychanalyse*. 1978.
184. CIAVALDINI, A. (2001). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson.
185. ZAGURY, D. (2003). « Les nouveaux monstres », plaidoyer pour un traitement raisonné des agresseurs. In A. Ciavaldini, *Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire*. Paris : In press.
186. Summit, R., & Kryso, J. (1978). Sexual abuse of children: A clinical spectrum. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(2), 237–251.
187. LARSON, N.R. et MADDOCK, J.W., à Structural and functional variables in incest family systems: Implications for assessment and treatment à, *Journal of Psychotherapy and the Family*, 1986, vol. 2, no 2.
188. Weinberg, S. K. (1955). *Incest behavior* (p. xiv, 291). Citadel Press.
189. Follette, V. M., Alexander, P. C., & Follette, W. C. (1991). Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 150-155.
190. Alexander, P. C., & Lupfer, S. L. (1987). Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior*, 16(3), 235-245.
191. Herman, J., & Hirschman, L. (1981). Families at risk for father-daughter incest. *The American Journal of Psychiatry*, 138(7), 967-970.
192. BARUDY J., *Le dévoilement de l'inceste et de l'abus sexuel : crise pour la famille, crise pour l'intervenant*. Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, Toulouse, Privat, 1989, n°10, p. 99-118
193. PICHOT, F., & ALVIN, P. (1985). L'inceste père-fille. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, Vol. 33-N° 6, 235-240.
194. Bauchet, P., Dieu, E., Sorel, O. *Le système familiale incestueux*. 2012.
195. Nisse, M. (2005). Les maltraitances : Thérapie familiale de réseau [1]. *Imaginaire & Inconscient*, no 16(2), 33-40.
196. Caillot J.-P., Decherf G. (1982b), « Vivre ensemble nous tue, nous séparer est mortel ». *Dialogue*, 78, pp. 98-103.
197. Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment? *Pediatrics*. 1993 Mar;91(3):642-8. PMID: 8441574.
198. Nisse, Martine. « Quelle approche de la famille de l'auteur de violences sexuelles ? » : 39.
199. Bigras J, Balasc C. Ce qui se joue dans l'inceste père-fille. Remarque sur une destruction d'identité. *Nervure* 1988;2:54–64.
200. Myers, M. H. (1985). A New Look at Mothers of Incest Victims. *Journal of Social Work & Human Sexuality*, 3(2-3), 47-58. https://doi.org/10.1300/J291v03n02_04
201. Romano, H. (2012). Le lien fraternel à l'épreuve de l'inceste. *La psychiatrie de l'enfant*, 55(1), 225.
202. Cyr, M., Wright, J., McDuff, P., & Perron, A. (2002). Intrafamilial sexual abuse : Brother-sister incest does not differ from father-daughter and stepfather-stepdaughter incest. *Child abuse & neglect*, 26, 957-973. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00365-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00365-4)

203. Sariola, H., & Uutela, A. (1996). The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse & Neglect*, 20(9), 843-850. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00072-5](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00072-5)
204. Meiselman, K. C. (1978). *Incest: a psychological study of causes and effects with treatment recommendations*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
205. Bauchet, P., Dieu, E., Sorel, O. *Les acteurs du système incestueux*.
206. Hayez, J., de Becker, E. (1999). *L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement*. Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.
207. SCHERRER, P. (1980). *L'inceste*.
208. SAVIN B. (2010), "L'inceste : agresseur et famille" in COUTANCEAU R. et SMITH J. (sous la direction de), *La violence sexuelle. Approche psycho-criminologique. Evaluer, soigner, prévenir*, Paris, Dunod, coll. Psychothérapies 183-193.
209. GLEZER, D., *Les situations incestueuses* in *Lettre d'information du CRIR-AVS*, 2011.
210. BENOIT, G., *Approches de l'inceste*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 33(6), 1985, p. 211-216.
211. Finkelhor D. *Child sexual abuse*. New York : The free Press, 1984.
212. Faller KC. *Women who sexually abuse children*. *Violence Vict* 1987 ; 2 : 263-76.
213. Finkelhor D, Russell D. *Women as perpetrators: review of the evidence*. In : Finkelhor D, éd. *Child sexual abuse*. New York : Free Press, 1984, p. 171-87.
214. Rudin M, Zalewski C, Bodmer-Turner J. *Characteristics of child sexual abuse victims according to perpetrator gender*. *Child Abuse Neglect* 1995 ; 19 : 963-73.
215. Kaufman, Irving, Peck, Alice L. and Tagiuri, Consuelo K.: *The family constellation and overt incestuous relations between father and daughter*; *Amer. J. Orthopsychiat.*, v. 24, p. 266, 1954.
216. *INCESTE MÈRE-FILS : ÉTUDE ACTUALISÉE DES ASPECTS JURIDIQUES, CRIMINOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES* Jean-Luc Senninger, Francis Boquel, Adèle Senninger John Libbey Eurotext | « L'information psychiatrique » 2013/9 Volume 89 | pages 723 à 732 ISSN 0020-0204
217. Mc Carty LM. *Mother-child incest: characteristics of the offenders*. *Child Welf* 1986 ; LXV.
218. Gannon TA, Cortoni F. *Female sexual offenders: theory, assessment and treatment*. Chichester : Wiley, 2010, 224 p.
219. Saradjian J. *Factors that specifically exacerbate the trauma of victims of childhood sexual abuse by maternal perpetrators*. *J Sex Aggress* 1997 ; 3(1) : 3-14
220. Ford, H. *Women who sexually abuse children*. Chichester:Wiley; 2006.
221. Russell, D. E. H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
222. Caffaro, J., & Conn-Caffaro, A. (2005). *Treating sibling abuse families*. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 604-623. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2004.12.001>
223. Rudd, J. M., & Herzberger, S. D. (1999). *Brother-sister incest/father-daughter incest: A comparison of characteristics and consequences*. *Child Abuse & Neglect*, 23, 915-928.
224. DiGiorgio-Miller, J. (1998). *Sibling Incest : Treatment of the Family and the Offender*. *Child Welfare*, 77(3), 335.
225. Vanborre, V., & Andy, N. (s. d.). *Inceste fraternel—Etude et recueil de données de l'Unité de Victimologie de l'Enfant et de l'Adolescent CHU Félix Guyon*. Consulté 23 novembre 2020, à l'adresse https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/Pro/Inceste_fraternel_doc_definitif_presentation_ok.pdf

226. Finkelhor, D. (1980). Sex among siblings: A survey report on its prevalence its variety and its effects. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 171–194.
227. Wiehe, V. R. (1997). *Sibling abuse: Hidden physical, emotional, and sexual trauma* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
228. Smith, H., & Israel, E. (1987). Sibling incest: A study of the dynamics of 25 cases. *Child Abuse & Neglect*, 11, 101–108.
229. Jaïtin, R. (2006). Clinique de l'inceste fraternel. *Le Journal des psychologues*, 240(7), 58-62. <https://doi.org/10.3917/jdp.240.0058>
230. Ascherman, L. I., & Safier, E. J. (1990). Sibling incest: A consequence of individual and family dysfunction. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 311–322.
231. Cole, E. (1982). Sibling incest: The myth of benign sibling incest. *Women & Therapy*, 1, 79–89.
232. Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Maltraitance : dépistage conduite à tenir aux urgences (en dehors des maltraitances sexuelles)*. Conférence de consensus Nantes 3 décembre. Nantes: SFMU; 2004.
233. Villeneuve C, Toharia A. Les indications de la thérapie familiale. In : Villeneuve C., Toharia A, eds. *La thérapie familiale apprivoisée*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 137-144.
234. McNevin, Elizabeth. 2010. « Applied Restorative Justice as a Complement to Systemic Family Therapy: Theory and Practice Implications for Families Experiencing Intra-Familial Adolescent Sibling Incest ». *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)* 31(1): 60-72. Traduction française.
235. Masson D. Indications à la thérapie de famille. *Rev Med Suisse Romande* 1980 ; 100 : 577-582.
236. Miermont J. Thérapies en couple et en famille. *Encycl Med Chir (Paris Elsevier) Psychiatrie*, 37-819-F-10, 2000.
237. « Archives ADPS ». <http://www.adps-sophrologie.com/cgi-bin/go/annonce-adps.cgi?voir&numero=20110128023541> (16 novembre 2020).
238. Cornier, K. (2007). Les soins pénalement ordonnés. *Les Tribunes de la santé*, 17(4), 87-95.
239. Elkaim, Mony. 2019. *Panorama des thérapies familiales*. Média Diffusion.
240. Andolfi M (1980). *La thérapie avec la famille*. Traduction française. Paris : ESF, 1986.
241. Nisse, Martine, et Pierre Sabourin. 2004. *Quand la famille marche sur la tête*. Seuil.
242. Savin, B. (2003, mai). FONCTIONNEMENT INCONSCIENT DE LA FAMILLE INCESTUEUSE : LA THERAPIE SOCIO-FAMILIALE COMME MODE POSSIBLE DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DES FAMILLES INCESTUEUSES.
243. Joubert, C. & Grange-Ségéral, É. (2013). Souffrances familiales en thérapie familiale psychanalytique: Les pactes dénégatifs à l'œuvre au sein du groupe-famille. *Bulletin de psychologie*, numéro 526(4), 309-313.
244. Ydire, C. & Gaudriault, P. (2014). La question de la séparation psychique chez les enfants placés en institution : les enfants du Soldat rose. *Cliniques*, 8(2), 140-155.
245. Crettenand, M. & Cucchia, A. (2006). Indications et contre-indications à la thérapie d'orientation systémique. *Perspectives Psy*, vol. 45(3), 267-273.
246. Vannotti M, Onnis L, Gennart M. La thérapie d'orientation systémique. In : Duruz N, Gennart M, eds. *Traité de psychothérapie comparée*. Paris : Médecine et Hygiène, 2002 : 313-342
247. Institut Français pour la Justice Restaurative. (s. d.). Consulté 24 novembre 2020, à l'adresse <https://www.justicerestaurative.org/>

ANNEXES

Annexe 1 : Extraits de la Bible relatifs à l'inceste et à sa prohibition

Ancien Testament - Le Pentateuque - Genèse - Chapitre 2 :

2:24 C'est pourquoi l'homme quittera son père et sa mère, et s'attachera à sa femme, et ils deviendront une seule chair.

Ancien Testament - Le Pentateuque - Lévitique - Chapitre 18 :

18:5 Vous observerez mes lois et mes ordonnances: l'homme qui les mettra en pratique vivra par elles. Je suis l'Éternel.

18:6 Nul de vous ne s'approchera de sa parente, pour découvrir sa nudité. Je suis l'Éternel.

18:7 Tu ne découvriras point la nudité de ton père, ni la nudité de ta mère. C'est ta mère : tu ne découvriras point sa nudité.

18:8 Tu ne découvriras point la nudité de la femme de ton père. C'est la nudité de ton père.

18:9 Tu ne découvriras point la nudité de ta sœur, fille de ton père ou fille de ta mère, née dans la maison ou née hors de la maison.

18:10 Tu ne découvriras point la nudité de la fille de ton fils ou de la fille de ta fille. Car c'est ta nudité.

18:11 Tu ne découvriras point la nudité de la fille de la femme de ton père, née de ton père. C'est ta sœur.

18:12 Tu ne découvriras point la nudité de la sœur de ton père. C'est la proche parente de ton père.

18:13 Tu ne découvriras point la nudité de la sœur de ta mère. Car c'est la proche parente de ta mère.

18:14 Tu ne découvriras point la nudité du frère de ton père. Tu ne t'approcheras point de sa femme. C'est ta tante.

18:15 Tu ne découvriras point la nudité de ta belle-fille. C'est la femme de ton fils : tu ne découvriras point sa nudité.

18:16 Tu ne découvriras point la nudité de la femme de ton frère. C'est la nudité de ton frère.

18:17 Tu ne découvriras point la nudité d'une femme et de sa fille. Tu ne prendras point la fille de son fils, ni la fille de sa fille, pour découvrir leur nudité. Ce sont tes proches parentes : c'est un crime.

18:18 Tu ne prendras point la sœur de ta femme, pour exciter une rivalité, en découvrant sa nudité à côté de ta femme pendant sa vie.

Ancien Testament - Le Pentateuque - Genèse - Chapitre 19 :

19:30 Lot quitta Tsoar pour la hauteur, et se fixa sur la montagne, avec ses deux filles, car il craignait de rester à Tsoar. Il habita dans une caverne, lui et ses deux filles.

19:31 L'aînée dit à la plus jeune: Notre père est vieux; et il n'y a point d'homme dans la contrée, pour venir vers nous, selon l'usage de tous les pays.

19:32 Viens, faisons boire du vin à notre père, et couchons avec lui, afin que nous conservions la race de notre père.

19:33 Elles firent donc boire du vin à leur père cette nuit-là; et l'aînée alla coucher avec son père: il ne s'aperçut ni quand elle se coucha, ni quand elle se leva.

19:34 Le lendemain, l'aînée dit à la plus jeune: Voici, j'ai couché la nuit dernière avec mon père; faisons-lui boire du vin encore cette nuit, et va coucher avec lui, afin que nous conservions la race de notre père.

19:35 Elles firent boire du vin à leur père encore cette nuit-là; et la cadette alla coucher avec lui: il ne s'aperçut ni quand elle se coucha, ni quand elle se leva.

19:36 Les deux filles de Lot devinrent enceintes de leur père.

19:37 L'aînée enfanta un fils, qu'elle appela du nom de Moab : c'est le père des Moabites, jusqu'à ce jour.

19:38 La plus jeune enfanta aussi un fils, qu'elle appela du nom de Ben Ammi : c'est le père des Ammonites, jusqu'à ce jour.

Ancien Testament - Le Pentateuque - Genèse - Chapitre 38 :

38:6 Juda prit pour Er, son premier-né, une femme nommée Tamar.

38:7 Er, premier-né de Juda, était méchant aux yeux de l'Éternel; et l'Éternel le fit mourir.

38:8 Alors Juda dit à Onan: Va vers la femme de ton frère, prends-la, comme beau-frère, et suscite une postérité à ton frère.

38:9 Onan, sachant que cette postérité ne serait pas à lui, se souillait à terre lorsqu'il allait vers la femme de son frère, afin de ne pas donner de postérité à son frère.

38:10 Ce qu'il faisait déplut à l'Éternel, qui le fit aussi mourir.

38:11 Alors Juda dit à Tamar, sa belle-fille: Demeure veuve dans la maison de ton père, jusqu'à ce que Schéla, mon fils, soit grand. Il parlait ainsi dans la crainte que Schéla ne mourût comme ses frères. Tamar s'en alla, et elle habita dans la maison de son père.

38:12 Les jours s'écoulèrent, et la fille de Schua, femme de Juda, mourut. Lorsque Juda fut consolé, il monta à Thimna, vers ceux qui tondaient ses brebis, lui et son ami Hira, l'Adullamite.

38:13 On en informa Tamar, et on lui dit: Voici ton beau-père qui monte à Thimna, pour tondre ses brebis.

38:14 Alors elle ôta ses habits de veuve, elle se couvrit d'un voile et s'enveloppa, et elle s'assit à l'entrée d'Énaïm, sur le chemin de Thimna; car elle voyait que Schéla était devenu grand, et qu'elle ne lui était point donnée pour femme.

38:15 Juda la vit, et la prit pour une prostituée, parce qu'elle avait couvert son visage.

38:16 Il l'aborda sur le chemin, et dit: Laisse-moi aller vers toi. Car il ne connut pas que c'était sa belle-fille. Elle dit : Que me donneras-tu pour venir vers moi ?

38:17 Il répondit: Je t'enverrai un chevreau de mon troupeau. Elle dit : Me donneras-tu un gage, jusqu'à ce que tu l'envoies ?

38:18 Il répondit: Quel gage te donnerai-je? Elle dit : Ton cachet, ton cordon, et le bâton que tu as à la main. Il les lui donna. Puis il alla vers elle ; et elle devint enceinte de lui.

Ancien Testament - Les livres historiques - 2 Samuel - Chapitre 13 :

13:1 Après cela, voici ce qui arriva. Absalom, fils de David, avait une sœur qui était belle et qui s'appelait Tamar; et Amnon, fils de David, l'aima.

13:2 Amnon était tourmenté jusqu'à se rendre malade à cause de Tamar, sa sœur; car elle était vierge, et il paraissait difficile à Amnon de faire sur elle la moindre tentative.

13:3 Amnon avait un ami, nommé Jonadab, fils de Schimea, frère de David, et Jonadab était un homme très habile.

13:4 Il lui dit: Pourquoi deviens-tu, ainsi chaque matin plus maigre, toi, fils de roi? Ne veux-tu pas me le dire? Amnon lui répondit: J'aime Tamar, sœur d'Absalom, mon frère.

13:5 Jonadab lui dit: Mets-toi au lit, et fais le malade. Quand ton père viendra te voir, tu lui diras: Permets à Tamar, ma sœur, de venir pour me donner à manger; qu'elle prépare un mets sous mes yeux, afin que je le voie et que je le prenne de sa main.

13:6 Amnon se coucha, et fit le malade. Le roi vint le voir, et Amnon dit au roi: Je te prie, que Tamar, ma sœur, vienne faire deux gâteaux sous mes yeux, et que je les mange de sa main.

13:7 David envoya dire à Tamar dans l'intérieur des appartements: Va dans la maison d'Amnon, ton frère, et prépare-lui un mets.

13:8 Tamar alla dans la maison d'Amnon, son frère, qui était couché. Elle prit de la pâte, la pétrit, prépara devant lui des gâteaux, et les fit cuire ;

13:9 prenant ensuite la poêle, elle les versa devant lui. Mais Amnon refusa de manger. Il dit: Faites sortir tout le monde. Et tout le monde sortit de chez lui.

13:10 Alors Amnon dit à Tamar: Apporte le mets dans la chambre, et que je le mange de ta main. Tamar prit les gâteaux qu'elle avait faits, et les porta à Amnon, son frère, dans la chambre.

13:11 Comme elle les lui présentait à manger, il la saisit et lui dit: Viens, couche avec moi, ma soeur.

13:12 Elle lui répondit: Non, mon frère, ne me déshonore pas, car on n'agit point ainsi en Israël; ne commets pas cette infamie.

13:13 Où irais-je, moi, avec ma honte? Et toi, tu serais comme l'un des infâmes en Israël. Maintenant, je te prie, parle au roi, et il ne s'opposera pas à ce que je sois à toi.

13:14 Mais il ne voulut pas l'écouter; il lui fit violence, la déshonora et coucha avec elle.

Ancien Testament - Les livres historiques - 2 Samuel - Chapitre 16 :

16:21 Et Achitophel dit à Absalom: Va vers les concubines que ton père a laissées pour garder la maison; ainsi tout Israël saura que tu t'es rendu odieux à ton père, et les mains de tous ceux qui sont avec toi se fortifieront.

16:22 On dressa pour Absalom une tente sur le toit, et Absalom alla vers les concubines de son père, aux yeux de tout Israël.

16:23 Les conseils donnés en ce temps-là par Achitophel avaient autant d'autorité que si l'on eût consulté Dieu lui-même. Il en était ainsi de tous les conseils d'Achitophel, soit pour David, soit pour Absalom.

Ancien Testament - Le Pentateuque - Genèse - Chapitre 20 :

20:11 Abraham répondit: Je me disais qu'il n'y avait sans doute aucune crainte de Dieu dans ce pays, et que l'on me tuerait à cause de ma femme.

20:12 De plus, il est vrai qu'elle est ma sœur, fille de mon père; seulement, elle n'est pas fille de ma mère; et elle est devenue ma femme.

Ancien Testament - Le Pentateuque - Nombres - Chapitre 36 :

36:11 Machla, Thirtsa, Hogla, Milca et Noa, filles de Tselophchad, se marièrent aux fils de leurs oncles

Annexe 2 : Extraits du Code Civil relatifs à l'inceste et à sa prohibition

- **Livre III : Des différentes manières dont on acquiert la propriété (Articles 711 à 2283)**
Titre III : Des contrats ou des obligations conventionnelles en général (Articles 1101 à 1316)
Chapitre III : De l'effet des obligations. (Articles 1134 à 1167)
Section 5 : De l'interprétation des conventions. (Articles 1156 à 1164)

Article 161 :

En ligne directe, le mariage est prohibé entre tous les ascendants et descendants et les alliés dans la même ligne.

Article 162 :

En ligne collatérale, le mariage est prohibé, entre le frère et la soeur.

Article 163 :

Le mariage est encore prohibé entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

Article 164 :

Néanmoins, il est loisible au Président de la République de lever, pour des causes graves, les prohibitions portées :

1° Par l'article [161](#) aux mariages entre alliés en ligne directe lorsque la personne qui a créé l'alliance est décédée ;

2° (Abrogé) ;

3° Par l'article [163](#) aux mariages entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu.

- **Livre Ier : Des personnes (Articles 7 à 515-8)**
Titre VII : De la filiation (Articles 310 à 342-8)
Chapitre IV : De l'action à fins de subsides (Articles 342 à 342-8)

Article 342-7 :

Le jugement qui alloue les subsides crée entre le débiteur et le bénéficiaire, ainsi que, le cas échéant, entre chacun d'eux et les parents ou le conjoint de l'autre, les empêchements à mariage réglés par les articles [161](#) à [164](#) du présent code.

- **Livre Ier : Des personnes (Articles 34 à 514)**
Titre VIII : De la filiation adoptive (Articles 343 à 370-2)
Chapitre Ier : De l'adoption plénière (Articles 343 à 359)
Section 3 : Des effets de l'adoption plénière (Articles 355 à 359)

Article 356 :

L'adoption confère à l'enfant une filiation qui se substitue à sa filiation d'origine : l'adopté cesse d'appartenir à sa famille par le sang, sous réserve des prohibitions au mariage visées aux articles [161](#) à [164](#).

Toutefois l'adoption de l'enfant du conjoint laisse subsister sa filiation d'origine à l'égard de ce conjoint et de sa famille. Elle produit, pour le surplus, les effets d'une adoption par deux époux.

- **Livre Ier : Des personnes (Articles 34 à 514)**
 - Titre VIII : De la filiation adoptive (Articles 343 à 370-2)**
 - Chapitre II : De l'adoption simple (Articles 360 à 370-2)**
 - Section 2 : Des effets de l'adoption simple (Articles 363 à 370-2)**

Article 364 :

L'adopté reste dans sa famille d'origine et y conserve tous ses droits, notamment ses droits héréditaires.

Les prohibitions au mariage prévues aux articles 161 à 164 du présent code s'appliquent entre l'adopté et sa famille d'origine.

Article 366 :

Le lien de parenté résultant de l'adoption s'étend aux enfants légitimes de l'adopté.

Le mariage est prohibé :

1° Entre l'adoptant, l'adopté et ses descendants ;

2° Entre l'adopté et le conjoint de l'adoptant ; réciproquement entre l'adoptant et le conjoint de l'adopté ;

3° Entre les enfants adoptifs du même individu ;

4° Entre l'adopté et les enfants de l'adoptant.

Néanmoins, les prohibitions au mariage portées aux 3° et 4° ci-dessus peuvent être levées par dispense du Président de la République, s'il y a des causes graves.

La prohibition au mariage portée au 2° ci-dessus peut être levée dans les mêmes conditions lorsque la personne qui a créé l'alliance est décédée.

- **Livre Ier : Des personnes (Articles 7 à 515-8)**
 - Titre VII : De la filiation (Articles 310 à 342-8)**
 - Chapitre Ier : Dispositions générales (Articles 310-1 à 311-24)**

Article 310-2

S'il existe entre les père et mère de l'enfant un des empêchements à mariage prévus par les articles 161 et 162 pour cause de parenté, la filiation étant déjà établie à l'égard de l'un, il est interdit d'établir la filiation à l'égard de l'autre par quelque moyen que ce soit.

Annexe 3 : Extraits du Code Pénal relatifs aux violences sexuelles et à l'inceste

- **Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33)**
Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33)
Chapitre II : Des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la personne (Articles 222-1 à 222-67)
Section 3 : Des agressions sexuelles (Articles 222-22 à 222-33-1)

Article 222-22

Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. Le viol et les autres agressions sexuelles sont constitués lorsqu'ils ont été imposés à la victime dans les circonstances prévues par la présente section, quelle que soit la nature des relations existant entre l'agresseur et sa victime, y compris s'ils sont unis par les liens du mariage. Lorsque les agressions sexuelles sont commises à l'étranger contre un mineur par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables.

Article 222-22-1

La contrainte prévue par le premier alinéa de l'article 222-22 peut être physique ou morale. Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur, la contrainte morale mentionnée au premier alinéa du présent article ou la surprise mentionnée au premier alinéa de l'article 222-22 peuvent résulter de la différence d'âge existant entre la victime et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur la victime, cette autorité de fait pouvant être caractérisée par une différence d'âge significative entre la victime mineure et l'auteur majeur. Lorsque les faits sont commis sur la personne d'un mineur de quinze ans, la contrainte morale ou la surprise sont caractérisées par l'abus de la vulnérabilité de la victime ne disposant pas du discernement nécessaire pour ces actes.

Article 222-22-2

Constitue également une agression sexuelle le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à subir une atteinte sexuelle de la part d'un tiers. Ces faits sont punis des peines prévues aux articles 222-23 à 222-30 selon la nature de l'atteinte subie et selon les circonstances mentionnées à ces mêmes articles. La tentative du délit prévu au présent article est punie des mêmes peines.

Paragraphe 1 Du viol

Article 222-24

Le viol est puni de vingt ans de réclusion criminelle : 1° Lorsqu'il a entraîné une mutilation ou une infirmité permanente ; 2° Lorsqu'il est commis sur un mineur de quinze ans ; 3° Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de l'auteur ; 3° bis Lorsqu'il est commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa

situation économique ou sociale est apparente ou connue de l'auteur ; 4° Lorsqu'il est commis par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 5° Lorsqu'il est commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 6° Lorsqu'il est commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 7° Lorsqu'il est commis avec usage ou menace d'une arme ; 8° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ; 9° (abrogé) 10° Lorsqu'il est commis en concours avec un ou plusieurs autres viols commis sur d'autres victimes ; 11° Lorsqu'il est commis par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 12° Lorsqu'il est commis par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ; 13° Lorsqu'il est commis, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle ; 14° Lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté ; 15° Lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes

Article 222-25

Le viol est puni de trente ans de réclusion criminelle lorsqu'il a entraîné la mort de la victime. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 222-26

Le viol est puni de la réclusion criminelle à perpétuité lorsqu'il est précédé, accompagné ou suivi de tortures ou d'actes de barbarie. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Paragraphe 2 Des autres agressions sexuelles

Article 222-27

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

Article 222-28

L'infraction définie à l'article 222-27 est punie de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende : 1° Lorsqu'elle a entraîné une blessure, une lésion ou une incapacité totale de travail supérieure à huit jours ; 2° Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 4° Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 5° Lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme ; 6° Lorsque la victime a été mise en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ; 7° Lorsqu'elle est commise par le conjoint ou le concubin de la victime ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité ; 8° Lorsqu'elle est commise par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ; 9° Lorsqu'elle est commise, dans l'exercice de cette activité, sur une personne qui se livre à la prostitution, y compris de façon occasionnelle ; 10° Lorsqu'un mineur était présent au moment des faits et y a assisté ; 11° Lorsqu'une substance a été administrée à

la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

Article 222-29

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende lorsqu'elles sont imposées à une personne dont la particulière vulnérabilité due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse ou résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de son auteur.

Article 222-29-1

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 € d'amende lorsqu'elles sont imposées à un mineur de quinze ans.

Article 222-30

L'infraction définie à l'article 222-29 est punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende : 1° Lorsqu'elle a entraîné une blessure ou une lésion ; 2° Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 3° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 4° Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 5° Lorsqu'elle est commise avec usage ou menace d'une arme ; 6° (abrogé) 7° Lorsqu'elle est commise par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants ; 8° Lorsqu'une substance a été administrée à la victime, à son insu, afin d'altérer son discernement ou le contrôle de ses actes.

Article 222-30-1

Le fait d'administrer à une personne, à son insu, une substance de nature à altérer son discernement ou le contrôle de ses actes afin de commettre à son égard un viol ou une agression sexuelle est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Lorsque les faits sont commis sur un mineur de quinze ans ou une personne particulièrement vulnérable, les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 € d'amende.

Article 222-31

La tentative des délits prévus par les articles 222-27 à 222-30-1 est punie des mêmes peines.

Paragraphe 3 : De l'inceste

Article 222-31-1

Les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis par : 1° Un ascendant ; 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; 3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur la victime une autorité de droit ou de fait.

Article 222-31-2

Lorsque le viol incestueux ou l'agression sexuelle incestueuse est commis contre un mineur par une personne titulaire sur celui-ci de l'autorité parentale, la juridiction de jugement doit

se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil. Elle peut alors statuer sur le retrait de cette autorité ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime. Si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés.

Paragraphe 4 : De l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel

Article 222-32

L'exhibition sexuelle imposée à la vue d'autrui dans un lieu accessible aux regards du public est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article 222-33

I. - Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. L'infraction est également constituée : 1° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ; 2° Lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.

II. - Est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

III. - Les faits mentionnés aux I et II sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende. Ces peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende lorsque les faits sont commis : 1° Par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 2° Sur un mineur de quinze ans ; 3° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ; 4° Sur une personne dont la particulière vulnérabilité ou dépendance résultant de la précarité de sa situation économique ou sociale est apparente ou connue de leur auteur ; 5° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 6° Par l'utilisation d'un service de communication au public en ligne ou par le biais d'un support numérique ou électronique ; 7° Alors qu'un mineur était présent et y a assisté ; 8° Par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait.

- **Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33)**

- **Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33)**

- **Chapitre VII : Des atteintes aux mineurs et à la famille**

Article 227-22

Le fait de favoriser ou de tenter de favoriser la corruption d'un mineur est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Ces peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communications électroniques ou que les faits sont commis

dans les établissements d'enseignement ou d'éducation ou dans les locaux de l'administration, ainsi que, lors des entrées ou sorties des élèves ou du public ou dans un temps très voisin de celles-ci, aux abords de ces établissements ou locaux. Les mêmes peines sont notamment applicables au fait, commis par un majeur, d'organiser des réunions comportant des exhibitions ou des relations sexuelles auxquelles un mineur assiste ou participe ou d'assister en connaissance de cause à de telles réunions. Les peines sont portées à dix ans d'emprisonnement et 1 000 000 euros d'amende lorsque les faits ont été commis en bande organisée ou à l'encontre d'un mineur de quinze ans.

Article 227-22-1

Le fait pour un majeur de faire des propositions sexuelles à un mineur de quinze ans ou à une personne se présentant comme telle en utilisant un moyen de communication électronique est puni de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende. Ces peines sont portées à cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende lorsque les propositions ont été suivies d'une rencontre.

Article 227-23

Le fait, en vue de sa diffusion, de fixer, d'enregistrer ou de transmettre l'image ou la représentation d'un mineur lorsque cette image ou cette représentation présente un caractère pornographique est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Lorsque l'image ou la représentation concerne un mineur de quinze ans, ces faits sont punis même s'ils n'ont pas été commis en vue de la diffusion de cette image ou représentation. Le fait d'offrir, de rendre disponible ou de diffuser une telle image ou représentation, par quelque moyen que ce soit, de l'importer ou de l'exporter, de la faire importer ou de la faire exporter, est puni des mêmes peines. Les peines sont portées à sept ans d'emprisonnement et à 100 000 euros d'amende lorsqu'il a été utilisé, pour la diffusion de l'image ou de la représentation du mineur à destination d'un public non déterminé, un réseau de communications électroniques. Le fait de consulter habituellement ou en contrepartie d'un paiement un service de communication au public en ligne mettant à disposition une telle image ou représentation, d'acquérir ou de détenir une telle image ou représentation par quelque moyen que ce soit est puni de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende. Les infractions prévues au présent article sont punies de dix ans d'emprisonnement et de 500 000 euros d'amende lorsqu'elles sont commises en bande organisée. La tentative des délits prévus au présent article est punie des mêmes peines. Les dispositions du présent article sont également applicables aux images pornographiques d'une personne dont l'aspect physique est celui d'un mineur, sauf s'il est établi que cette personne était âgée de dix-huit ans au jour de la fixation ou de l'enregistrement de son image.

Article 227-24

Le fait soit de fabriquer, de transporter, de diffuser par quelque moyen que ce soit et quel qu'en soit le support un message à caractère violent, incitant au terrorisme, pornographique ou de nature à porter gravement atteinte à la dignité humaine ou à inciter des mineurs à se livrer à des jeux les mettant physiquement en danger, soit de faire commerce d'un tel message, est puni de trois ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque ce message est susceptible d'être vu ou perçu par un mineur. Lorsque les infractions prévues au présent article sont soumises par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle ou de la communication au public en ligne, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Article 227-24-1

Le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle est puni, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée, de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Est puni des mêmes peines le fait d'inciter directement autrui, par l'un des moyens énoncés au premier alinéa, à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée.

Article 227-25

Hors le cas de viol ou de toute autre agression sexuelle, le fait, par un majeur, d'exercer une atteinte sexuelle sur un mineur de quinze ans est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 € d'amende.

Article 227-26

L'infraction définie à l'article 227-25 est punie de dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende : 1° Lorsqu'elle est commise par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 2° Lorsqu'elle est commise par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 3° Lorsqu'elle est commise par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 4° Lorsque le mineur a été mis en contact avec l'auteur des faits grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique ; 5° Lorsqu'elle est commise par une personne agissant en état d'ivresse manifeste ou sous l'emprise manifeste de produits stupéfiants.

Article 227-27

Les atteintes sexuelles sans violence, contrainte, menace ni surprise sur un mineur âgé de plus de quinze ans sont punies de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende : 1° Lorsqu'elles sont commises par un ascendant ou par toute autre personne ayant sur la victime une autorité de droit ou de fait ; 2° Lorsqu'elles sont commises par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions.

Article 227-27-1

Dans le cas où les infractions prévues par les articles 227-22, 227-23 ou 227-25 à 227-27 sont commises à l'étranger par un Français ou par une personne résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation au deuxième alinéa de l'article 113-6 et les dispositions de la seconde phrase de l'article 113-8 ne sont pas applicables.

Article 227-27-2

La tentative des délits prévus aux articles 227-25, 227-26 et 227-27 est punie des mêmes peines.

Article 227-27-2-1

Les infractions définies aux articles 227-25 à 227-27 sont qualifiées d'incestueuses lorsqu'elles sont commises sur la personne d'un mineur par : 1° Un ascendant ; 2° Un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; 3° Le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité

avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait.

Article 227-27-3

Lorsque l'atteinte sexuelle incestueuse est commise par une personne titulaire de l'autorité parentale sur le mineur, la juridiction de jugement doit se prononcer sur le retrait total ou partiel de cette autorité ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité en application des articles 378 et 379-1 du code civil. Elle peut alors statuer sur le retrait de cette autorité ou sur le retrait de l'exercice de cette autorité en ce qu'elle concerne les frères et sœurs mineurs de la victime. Si les poursuites ont lieu devant la cour d'assises, celle-ci statue sur cette question sans l'assistance des jurés.

Article 227-28

Lorsque les délits prévus aux articles 227-18 à 227-21 et 227-23 sont commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Article 227-28-1

Les personnes morales déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2, des infractions définies aux articles 227-18 à 227-26 encourent, outre l'amende suivant les modalités prévues par l'article 131-38, les peines prévues par les 2° à 5° et 7° à 9° de l'article 131-39. L'interdiction mentionnée au 2° de l'article 131-39 porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

Article 227-28-3

Le fait de faire à une personne des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques afin qu'elle commette à l'encontre d'un mineur l'un des crimes ou délits visés aux articles 222-22 à 222-31, 225-5 à 225-11, 227-22, 227-23 et 227-25 à 227-28 est puni, lorsque cette infraction n'a été ni commise ni tentée, de trois ans d'emprisonnement et 45 000 euros d'amende si cette infraction constitue un délit, et de sept ans d'emprisonnement et 100 000 euros d'amende si elle constitue un crime.

- **Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33)**
Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33)
Chapitre VI : Des atteintes à la personnalité
Section 1 : De l'atteinte à la vie privée

Article 226-1

Est puni d'un an d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende le fait, au moyen d'un procédé quelconque, volontairement de porter atteinte à l'intimité de la vie privée d'autrui :
1° En captant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de leur auteur, des paroles prononcées à titre privé ou confidentiel ; 2° En fixant, enregistrant ou transmettant, sans le consentement de celle-ci, l'image d'une personne se trouvant dans un lieu privé.
Lorsque les actes mentionnés au présent article ont été accomplis au vu et au su des intéressés sans qu'ils s'y soient opposés, alors qu'ils étaient en mesure de le faire, le consentement de ceux-ci est présumé.

Article 226-2

Est puni des mêmes peines le fait de conserver, porter ou laisser porter à la connaissance

du public ou d'un tiers ou d'utiliser de quelque manière que ce soit tout enregistrement ou document obtenu à l'aide de l'un des actes prévus par l'article 226-1. Lorsque le délit prévu par l'alinéa précédent est commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

Article 226-2-1

Lorsque les délits prévus aux articles 226-1 et 226-2 portent sur des paroles ou des images présentant un caractère sexuel prises dans un lieu public ou privé, les peines sont portées à deux ans d'emprisonnement et à 60 000 € d'amende. Est puni des mêmes peines le fait, en l'absence d'accord de la personne pour la diffusion, de porter à la connaissance du public ou d'un tiers tout enregistrement ou tout document portant sur des paroles ou des images présentant un caractère sexuel, obtenu, avec le consentement exprès ou présumé de la personne ou par elle-même, à l'aide de l'un des actes prévus à l'article 226-1.

Article 226-3

Est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 300 000 € d'amende : 1° La fabrication, l'importation, la détention, l'exposition, l'offre, la location ou la vente d'appareils ou de dispositifs techniques de nature à permettre la réalisation d'opérations pouvant constituer l'infraction prévue par le second alinéa de l'article 226-15 ou qui, conçus pour la détection à distance des conversations, permettent de réaliser l'infraction prévue par l'article 226-1 ou ayant pour objet la captation de données informatiques prévue aux articles 706-102-1 du code de procédure pénale et L. 853-2 du code de la sécurité intérieure et figurant sur une liste dressée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque ces faits sont commis, y compris par négligence, en l'absence d'autorisation ministérielle dont les conditions d'octroi sont fixées par ce même décret ou sans respecter les conditions fixées par cette autorisation ; 2° Le fait de réaliser une publicité en faveur d'un appareil ou d'un dispositif technique susceptible de permettre la réalisation des infractions prévues par l'article 226-1 et le second alinéa de l'article 226-15 lorsque cette publicité constitue une incitation à commettre cette infraction ou ayant pour objet la captation de données informatiques prévue aux articles 706-102-1 du code de procédure pénale et L. 853-2 du code de la sécurité intérieure lorsque cette publicité constitue une incitation à en faire un usage frauduleux. Le présent article n'est pas applicable à la détention ou à l'acquisition par les opérateurs mentionnés à l'article L. 1332-1 du code de la défense, ainsi désignés en vertu de leur activité d'exploitant d'un réseau de communications électroniques ouvert au public, des appareils soumis à une autorisation du Premier ministre en application de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre II du code des postes et des communications électroniques.

Article 226-3-1

Le fait d'user de tout moyen afin d'apercevoir les parties intimes d'une personne que celle-ci, du fait de son habillement ou de sa présence dans un lieu clos, a caché à la vue des tiers, lorsqu'il est commis à l'insu ou sans le consentement de la personne, est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. Les faits mentionnés au premier alinéa sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 € d'amende : 1° Lorsqu'ils sont commis par une personne qui abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 2° Lorsqu'ils sont commis sur un mineur ; 3° Lorsqu'ils sont commis sur une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur ; 4° Lorsqu'ils

sont commis par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice ; 5° Lorsqu'ils sont commis dans un véhicule affecté au transport collectif de voyageurs ou dans un lieu destiné à l'accès à un moyen de transport collectif de voyageurs ; 6° Lorsque des images ont été fixées, enregistrées ou transmises.

- **Livre II : Des crimes et délits contre les personnes (Articles 211-1 à 227-33)**
Titre II : Des atteintes à la personne humaine (Articles 221-1 à 227-33)
Chapitre V : Des atteintes à la dignité de la personne
Section 2 : Du proxénétisme et des infractions qui en résultent

Article 225-5

Le proxénétisme est le fait, par quiconque, de quelque manière que ce soit : 1° D'aider, d'assister ou de protéger la prostitution d'autrui ; 2° De tirer profit de la prostitution d'autrui, d'en partager les produits ou de recevoir des subsides d'une personne se livrant habituellement à la prostitution ; 3° D'embaucher, d'entraîner ou de détourner une personne en vue de la prostitution ou d'exercer sur elle une pression pour qu'elle se prostitue ou continue à le faire. Le proxénétisme est puni de sept ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

Article 225-6

Est assimilé au proxénétisme et puni des peines prévues par l'article 225-5 le fait, par quiconque, de quelque manière que ce soit : 1° De faire office d'intermédiaire entre deux personnes dont l'une se livre à la prostitution et l'autre exploite ou rémunère la prostitution d'autrui ; 2° De faciliter à un proxénète la justification de ressources fictives ; 3° De ne pouvoir justifier de ressources correspondant à son train de vie tout en vivant avec une personne qui se livre habituellement à la prostitution ou tout en étant en relations habituelles avec une ou plusieurs personnes se livrant à la prostitution ; 4° D'entraver l'action de prévention, de contrôle, d'assistance ou de rééducation entreprise par les organismes qualifiés à l'égard de personnes en danger de prostitution ou se livrant à la prostitution.

Article 225-7

Le proxénétisme est puni de dix ans d'emprisonnement et de 1 500 000 euros d'amende lorsqu'il est commis : 1° A l'égard d'un mineur ; 2° A l'égard d'une personne dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de son auteur ; 3° A l'égard de plusieurs personnes ; 4° A l'égard d'une personne qui a été incitée à se livrer à la prostitution soit hors du territoire de la République, soit à son arrivée sur le territoire de la République ; 5° Par un ascendant légitime, naturel ou adoptif de la personne qui se prostitue ou par une personne qui a autorité sur elle ou abuse de l'autorité que lui confèrent ses fonctions ; 6° Par une personne appelée à participer, de par ses fonctions, à la lutte contre la prostitution, à la protection de la santé ou au maintien de l'ordre public ; 7° Par une personne porteuse d'une arme ; 8° Avec l'emploi de la contrainte, de violences ou de manœuvres dolosives ; 9° Par plusieurs personnes agissant en qualité d'auteur ou de complice, sans qu'elles constituent une bande organisée ; 10° Grâce à l'utilisation, pour la diffusion de messages à destination d'un public non déterminé, d'un réseau de communication électronique. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par le présent article.

Article 225-7-1

Le proxénétisme est puni de quinze ans de réclusion criminelle et de 3 000 000 euros d'amende lorsqu'il est commis à l'égard d'un mineur de quinze ans.

Article 225-8

Le proxénétisme prévu à l'article 225-7 est puni de vingt ans de réclusion criminelle et de 3 000 000 euros d'amende lorsqu'il est commis en bande organisée. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue par le présent article.

Article 225-9

Le proxénétisme commis en recourant à des tortures ou des actes de barbarie est puni de la réclusion criminelle à perpétuité et de 4 500 000 euros d'amende. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables à l'infraction prévue au présent article.

Article 225-10

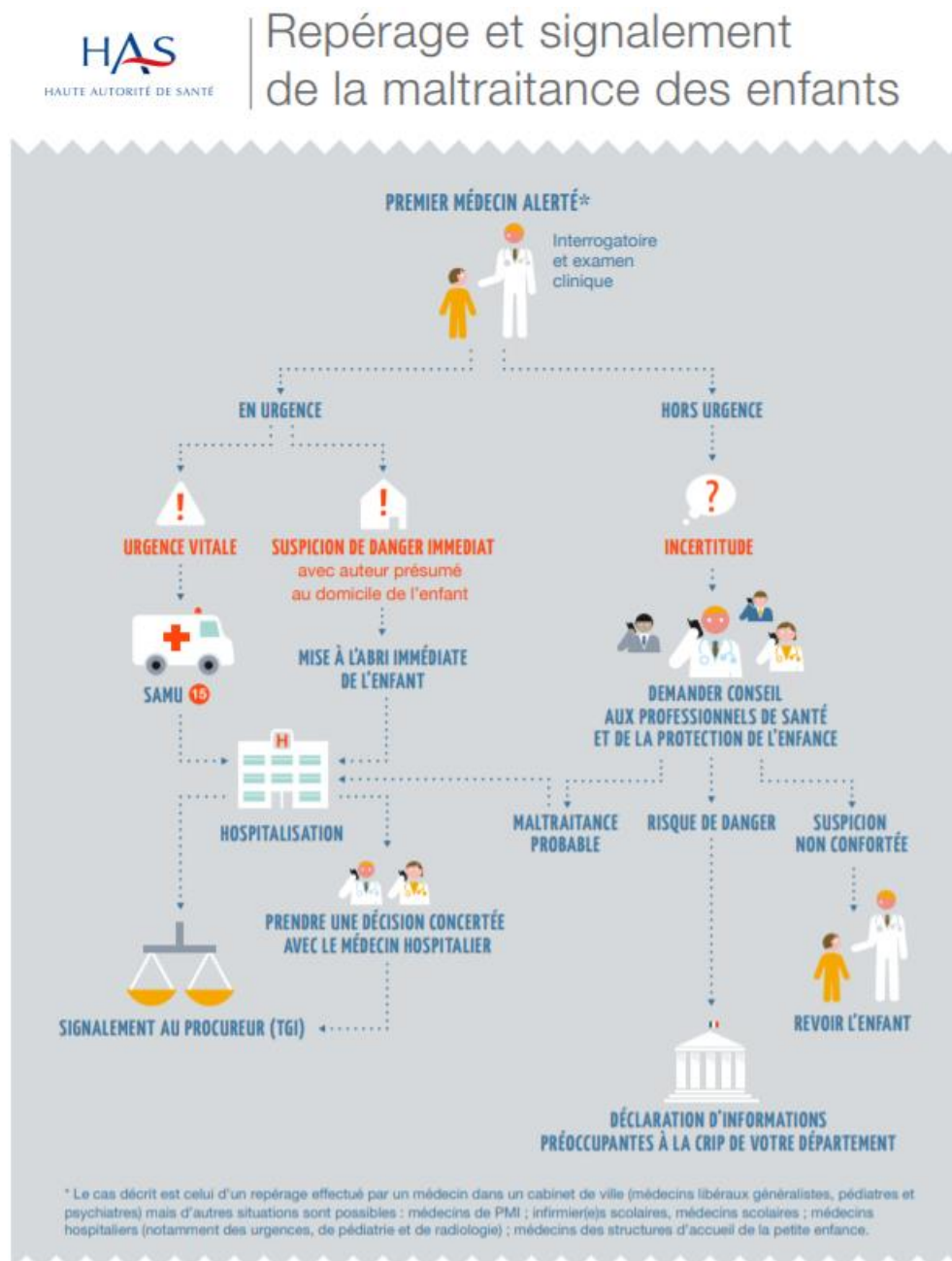
Est puni de dix ans d'emprisonnement et de 750 000 euros d'amende le fait, par quiconque, agissant directement ou par personne interposée : 1° De détenir, gérer, exploiter, diriger, faire fonctionner, financer ou contribuer à financer un établissement de prostitution ; 2° Détenant, gérant, exploitant, dirigeant, faisant fonctionner, finançant ou contribuant à financer un établissement quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, d'accepter ou de tolérer habituellement qu'une ou plusieurs personnes se livrent à la prostitution à l'intérieur de l'établissement ou de ses annexes ou y recherchent des clients en vue de la prostitution ; 3° De vendre ou de tenir à la disposition d'une ou de plusieurs personnes des locaux ou emplacements non utilisés par le public, en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution ; 4° De vendre, de louer ou de tenir à la disposition, de quelque manière que ce soit, d'une ou plusieurs personnes, des véhicules de toute nature en sachant qu'elles s'y livreront à la prostitution. Les deux premiers alinéas de l'article 132-23 relatif à la période de sûreté sont applicables aux infractions prévues par les 1° et 2° du présent article.

Annexe 4 : Récapitulatif des crimes et délits sexuels

Infraction	Nature	Peine encourue	Peine encourue si circonstances aggravantes	Délai de prescription
Viol	Crime	15 ans	20 ans	20 ans 30 ans à partir de la majorité si mineur au moment des faits
Agression sexuelle autre que le viol	Délit	5 ans 75 000 euros d'amende	10 ans 150 000 euros	6 ans 10 ans si 15-18 ans 20 ans si moins de 15 ans
Exhibition	Délit	1 an 15 000 euros		6 ans
Harcèlement sexuel	Délit	2 ans 30 000 euros	3 ans 45 000 euros	6 ans
Voyeurisme	Délit	1 an 15 000 euros	2 ans 30 000 euros	6 ans
Corruption de mineurs	Délit	5 ans 75 000 euros d'amende	10 ans 1 000 000 euros	10 ans à partir de la majorité
Détention, diffusion et consultation d'images ou représentations pédopornographiques	Délit	5 ans 75 000 euros	10 ans 500 000 euros	Non Applicable
Atteintes sexuelles sur mineur	Délit	7 ans 100 000 euros	10 ans 150 000 euros	10 ans 20 ans si circonstances aggravantes
Proxénétisme	Délit	7 ans 150 000 euros	10 ans 1 500 000 euros	20 ans

Annexe 5 : Signalement et information préoccupante

Source : Haute Autorité de Santé - Outil d'aide au signalement de la maltraitance chez les enfants - Arbre décisionnel (Juillet 2017).



Annexe 6 : Les soins pénalement ordonnés

Injonction de soin	Obligation de soin
<p>Post-sentenciel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi socio-judiciaire - Surveillance judiciaire - Libération conditionnelle - Sursis avec mise à l'épreuve - Surveillance de sûreté - Rétention de sûreté. 	<p>Pré-sentenciel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle judiciaire (pré-sentenciel) <p>Post-sentenciel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajournement avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve - Sursis avec mise à l'épreuve avec obligation d'accomplir un travail d'intérêt général - Mesures d'aménagement de peine
<p>Médecin coordonnateur : réalise le lien entre le médecin traitant et le juge de l'application des peines</p>	<p>Production d'un justificatif de suivi par l'intéressé</p>
<p>Expertise médicale préalable : nécessaire pour ordonner, prononcer et supprimer la mesure, le cas échéant après débat contradictoire.</p>	<p>Expertise médicale possible mais non systématique : non nécessaire pour ordonner ou supprimer la mesure.</p>

AUTEUR : Nom : SARRAZIN Prénom : Alexandra

Date de Soutenance : 15/12/2020

Titre de la Thèse : Indications et contre-indications de la thérapie familiale dans la clinique de l'inceste

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Thèse d'exercice de médecine - Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

Mots-clés : Inceste, Violences sexuelles intrafamiliales, Thérapie familiale

Résumé : L'inceste et sa prohibition apparaissent comme des notions complexes qui ne supportent de définition qu'à travers les différents champs qui l'ont étudié. L'inceste caractérise par ailleurs une importante part des agressions sexuelles commises dans notre pays, participant à l'émergence de nombreux troubles psychiatriques.

Dans une première partie, afin de mieux appréhender le concept même d'inceste, nous examinerons comment il envahit les inconscients collectifs - dans les mythes, les religions, les contes et autres productions culturelles - ainsi que les inconscients individuels - en particulier au travers de la psychanalyse. L'anthropologie, les sciences génétiques et l'éthologie nous permettront à leur tour d'approfondir notre compréhension de la prohibition de l'inceste, un phénomène qui s'avèrera universellement partagé sans jamais s'énoncer uniformément à travers les époques et les cultures. Nous verrons comment la médecine elle-même se trouve régulièrement confrontée à la question de l'inceste, et la psychiatrie en particulier, nécessitant l'adoption d'un certain positionnement éthique et idéologique.

Après ce détour conceptuel et transdisciplinaire, nous retrouverons les sciences médicales pour une revue de la littérature. Nous nous attellerons dans cette deuxième partie à circonscrire les manifestations cliniques observées chez les patients qui ont été confrontés à l'inceste et aux violences sexuelles intrafamiliales : les victimes, les auteurs, ainsi que leur famille. Cette dernière entité, du fait de sa polysémie, nous conduira à proposer une contribution de la médecine à la définition de l'inceste. A l'issue de cet exposé clinique, nous présenterons une synthèse des principales caractéristiques cliniques qui gravitent autour de cette notion, dans le but de donner quelques repères au clinicien, et de constituer ce qui pourra inspirer un objet de liaison en vue d'orienter ces patients à des thérapeutes familiaux.

Une fois cette synthèse réalisée, nous chercherons dans une troisième et dernière partie à délimiter la place de la thérapie familiale dans la prise en charge de ces patients. Après avoir examiné les intérêts et les écueils d'une telle prise en charge, nous tenterons de poser les indications et les contre-indications de la thérapie familiale dans les situations impliquant l'inceste en illustrant notre propos de cas cliniques rencontrés au cours de notre internat.

Composition du Jury :

Président : Pr P. THOMAS

Assesseurs : Pr O. COTTENCIN

Dr C.-E. NOTREDAME

Directeur de thèse : Dr T. SEGURET