

LES ADOLESCENTS QUI ABUSENT SEXUELLEMENT DES ENFANTS

S. BODEN (1), A. MALCHAIR (2), J. BERTRAND (3)

RÉSUMÉ : Les adolescents auteurs d'abus sexuels sur des enfants confrontent les travailleurs médico-psycho-sociaux à de multiples interrogations. Dans cet article, par une approche bibliographique, nous abordons dans un premier temps les définitions d'abus sexuel et de pédophilie ainsi que les spécificités psychodynamiques, familiales et légales de l'adolescence. Dans un second temps, nous évoquons quelques données épidémiologiques ainsi que les différentes hypothèses cognitivo-comportementales, psychodynamiques et familiales concernant cette problématique. Nous illustrons ensuite nos propos par deux cas cliniques rencontrés lors de notre pratique ambulatoire et proposons quelques pistes de réflexion au lecteur.

ADOLESCENTS RESPONSIBLE FOR SEXUAL ABUSES ON CHILDREN SUMMARY : The adolescents responsible for sexual abuses on children confront the medico-psycho-social workers with many questions. In this article, thanks to a bibliographical approach, we first discuss the definitions concerning sexual abuses and paedophilia as well as family, psychodynamic and legal specificities of adolescents. We then mention a few epidemiological facts as well as the different behavioural cognitive, psychodynamic and family hypotheses related to that problem. We finally illustrate all this through two clinical cases encountered during our ambulatory exercise and submit some thinkings to readers. **KEYWORDS :** Adolescent - Sexual abuse - Paedophilia

INTRODUCTION

Au cours des deux dernières décennies, on assiste à une augmentation d'intérêt pour les recherches concernant les agressions sexuelles commises sur des enfants. En effet, l'attention croissante portée au respect de l'enfant et à ses droits, le mouvement de libération de la femme (1) (qui suggère des interventions plus radicales dans le domaine des agressions sexuelles dont elle est victime), ont participé à la mise en évidence de ce phénomène. Si les abus sexuels commis sur des enfants ne sont probablement pas plus fréquents, ils sont plus souvent révélés et interpellent davantage la société.

En Belgique, après les événements tragiques que l'on connaît, la pression publique a entraîné le développement des structures déjà existantes d'aide aux victimes et de prise en charge des agresseurs. Les adultes agresseurs sexuels d'enfants suscitent bien souvent des réactions violentes et passionnelles et on oublie parfois que derrière l'agresseur, comme derrière la victime, se cache un être humain.

Lorsque l'agresseur est un adolescent, les émotions sont encore plus vives et les intervenants de première ligne que sont les médecins (généralistes, psychiatres et autres), les travailleurs psychosociaux et les juges sont bien souvent démunis face à ce type de problématique. Cet adolescent est-il une victime ou un bourreau d'enfant ? Faut-il l'aider ? Le sanctionner ? Dans quel cadre légal ? Bien que responsable de ses actes, il n'est pas encore adulte et doit être protégé. Pas encore autonome, il est

toujours dépendant de sa dynamique familiale et l'intervenant aura aussi ses parents comme interlocuteurs principaux.

Entre banalisation et stigmatisation, il est important de trouver la juste mesure. S'il ne s'agit plus actuellement, ainsi que certains auteurs l'on fait (2), de banaliser ce type de comportement et de le mettre sur le compte d'une exploration sexuelle propre à l'adolescence, il n'est question ni de dénier la sexualité des adolescents ni de nommer abus tout acte sexuel commis à cet âge.

Le statut particulier de l'adolescent, sur lequel nous reviendrons plus tard, interpelle. Une revue de la littérature et notre expérience clinique ont suscité quelques réflexions et de nombreuses interrogations que nous souhaitons partager avec le lecteur.

DÉFINITIONS

L'ABUS SEXUEL

Il y a abus sexuel lorsqu'il y a contact sexuel entre un enfant et un adulte, peu importe qui a initié la rencontre, qui en retire de la satisfaction et quelles en sont les conséquences (3).

En ce qui concerne les adolescents, outre les situations où l'abus de pouvoir se manifeste clairement, on peut dire qu'il y a toujours abus sexuel :

- si l'enfant a moins de 13 ans et que celui qui le sollicite a 5 ans de plus que lui;
- si l'adolescent a entre 13 et 16 ans et que celui qui le sollicite a 10 ans de plus que lui (4).

Certains auteurs (5) proposent d'assimiler à des adultes les membres adolescents ou jeunes adultes de la fratrie beaucoup plus âgés que l'enfant abusé car ils sont souvent dans une position de quasi autorité parentale.

(1) Assistante en Pédo-psychiatrie (ULg).

(2) Psychiatre, médecin directeur du Centre de Santé Mentale (CRE) (Rue Hors Château, 61, Liège).

(3) Psychiatre, Médecin-Directeur de l'Hôpital de Jour universitaire "La Clé" (Unité de Psychiatrie infanto-juvénile).

LA PÉDOPHILIE

Selon la définition du DSM IV (tableau I) (6), le diagnostic de pédophilie ne peut être appliqué à des mineurs de moins de 16 ans. Si les critères d'âge mentionnés ci-dessus semblent précis, ils seront néanmoins nuancés quelques lignes plus loin par ces mêmes auteurs. En effet, ceux-ci stipulent que le clinicien doit s'en référer à son jugement clinique en tenant compte à la fois de la maturité sexuelle de l'enfant et de la différence d'âge entre celui-ci et l'adolescent. "Pour les sujets en fin d'adolescence, on ne précise pas de différence d'âge exacte". Ce manque de précision semble témoigner du malaise lié à la question des agressions sexuelles commises par des adolescents et surtout de la difficulté de poser un diagnostic à cet âge.

De même que pour les autres symptômes (épisode psychotique, délinquance ...), une grande rigueur et une extrême prudence sont indispensables dans le choix des termes employés pour qualifier les adolescents. En effet, nommer un jeune en recherche d'identité "abuseur" ou "pédophile" laisse supposer que ce type de comportement persistera et pourrait avoir un effet renforçateur sur celui-ci (7). Nous parlerons donc, au risque d'alourdir ce texte, d'adolescents qui commettent des agressions sexuelles ou d'adolescents qui abusent sexuellement des enfants (de façon indifférenciée).

PARTICULARITÉS DE L'ADOLESCENCE

Il est difficile de parler des adolescents qui commettent des abus sexuels sur des enfants sans évoquer le statut particulier de l'adolescent, tant sur le plan psychodynamique et familial que sur le plan socio-juridique.

Plus un enfant, pas encore un adulte, l'adolescent vit une période de grande mutation corporelle et psychique. La poussée pubertaire, les remaniements identificatoires, les changements dans les liens aux objets œdipiens, l'intégration

dans la personnalité de la pulsion génitale constituent autant de changements auxquels l'adolescent va devoir s'adapter au prix de nombreuses tensions et souvent de passages à l'acte (8). Sur le plan de la sexualité, il y aura un passage d'une sexualité auto-érotique à une sexualité de type génital, partagée, où l'autre devra idéalement être reconnu en tant que sujet. Il est important de repreciser qu'à l'adolescence les différentes symptomatologies ne sont pas nécessairement pathognomoniques. L'adolescent est un adulte en devenir, un être humain riche en potentialités. De profondes modifications de sa dynamique sont encore possibles.

L'adolescence n'est pas sans impact sur la famille : en effet, l'autonomisation, le développement de la sexualité génitale de l'enfant, provoquent bien souvent une crise parentale et une profonde modification de la dynamique familiale (8). Celle-ci peut constituer un frein au développement du jeune. En outre, la plus grande fragilité de l'adolescent, sa position au sein de la famille, sa plus grande susceptibilité de réaliser des passages à l'acte, en font un maillon particulièrement fragile de la chaîne familiale. Patient désigné du système, il mettra en acte une problématique familiale participant ainsi au maintien de l'homéostasie.

En Belgique, il n'existe pas sur le plan juridique de cadre légal qui corresponde au statut particulier de l'adolescent. D'une façon générale, l'adolescent de moins de 18 ans est couvert par la loi de la protection de la jeunesse. Dans le cas de mineurs gravement délinquants et lorsqu'une plainte est déposée (art. 36.4 de la loi de 1965) (9), la plainte aboutit au tribunal de la jeunesse qui peut décider d'une expertise médicale, d'un placement en IPPJ (institution fermée sous contrôle social), de sanctions alternatives ou de ne pas donner de suite. Les décisions du juge de la jeunesse seront appliquées par le directeur de l'aide à la jeunesse (SPJ). Il semble que "l'aide-sanction" proposée pour un même délit soit très

TABLEAU I. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA F65.4 [302.2] - PÉDOPHILIE

A. Présence de fantasmes imaginaires sexuellement excitantes, d'impulsions sexuelles, ou de comportements survenant de façon répétée et intense pendant une période d'au moins 6 mois, impliquant une activité sexuelle avec un enfant ou des enfants prépubères (généralement âgés de 13 ans ou plus jeunes).	
B. Les fantasmes, impulsions sexuelles ou comportements sont à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
C. Le sujet est âgé de 16 ans au moins et a au moins 5 ans de plus que l'enfant mentionné en A.	
NB : Ne pas inclure un sujet en fin d'adolescence qui entretient des relations sexuelles avec un enfant de 12-13 ans.	
Spécifier si :	Attiré sexuellement par les garçons Attiré sexuellement par les filles Attiré sexuellement par les filles et par les garçons
Spécifier si :	Limité à l'inceste
Spécifier le type :	Type exclusif (attiré uniquement par les enfants) Type non exclusif

variable d'un adolescent à l'autre. En effet, aucun texte de loi ne prévoit de sanctions précises. Le juge doit s'en remettre à son appréciation du délit, des conditions familiales et socio-économiques du jeune.

De plus, dans de multiples situations, aucune plainte ne sera déposée, bien souvent parce que la victime fait aussi partie de la famille. Les intervenants travailleront dans ces situations en dehors de tout contexte juridique, c'est-à-dire dans un contexte où l'action symbolique de la loi est mise à l'écart. Partagé entre le devoir de protection de la victime et celui du secret professionnel, l'intervenant doit se poser la question de la façon dont il participera à la réintroduction de la loi dans cette dynamique.

E PIDÉMIOLOGIE

Les études montrent qu'entre 30 et 50 % des agressions sexuelles commises sur des enfants, le sont par des adolescents (1, 10, 11). Par ailleurs diverses études rétrospectives réalisées sur des abuseurs adultes montrent que 50 à 60 % de ces sujets avaient commencé dès l'adolescence et n'avaient jamais interrompu leur activité abusive par la suite (1, 10, 11). Selon certains auteurs, une forte proportion des adolescents abuseurs (45 %) seraient récidivistes (12).

Ces chiffres sont consternants et risquent d'induire des conclusions hâtives. En effet, sous le terme d'agression sexuelle sont bien souvent repris des actes allant du coup de téléphone obscène au viol. De plus, même si une proportion importante d'abuseurs sexuels adultes ont commencé leur carrière criminelle à l'adolescence, la plupart des jeunes qui ont commis un délit sexuel ne recommenceront plus à l'âge adulte. A notre connaissance, faute d'études rétrospectives concernant les non-récidivistes, il est difficile parmi ces adolescents de distinguer ceux qui présentent plus de risques.

HYPOTHÈSES ÉTIOPATHOGÉNIQUES

A. LES THÉORIES COGNITIVO-COMPORTEMENTALISTES

A partir de variables comportementales, c'est-à-dire observables et descriptives, différents auteurs ont tenté d'établir une typologie des "agresseurs sexuels" (1, 3). C'est ainsi que Mckibben relève les principaux déficits des "adolescents agresseurs sexuels" dont voici une illustration à titre exemplatif (tableau II) (cité dans 13).

Bien que cette "typologie" offre l'avantage de ne pas être exclusivement centrée sur l'acte délictueux, mais également sur les compétences

TABEAU II. PRINCIPAUX DÉFICITS DES ADOLESCENTS AGRESSEURS SEXUELS.

1. *La sexualité déviante*
 - l'agresseur sexuel utilise la sexualité pour soulager son angoisse, son anxiété;
 - il surinvestit sa sexualité;
 - il sexualise les conflits.
2. *Les habilités sociales et relationnelles déficitaires*
 - les agresseurs sexuels ont des difficultés à établir et à maintenir une relation;
 - ils se positionnent en tant que bouc émissaires;
 - ils éprouvent des difficultés d'affirmation.
3. *La gestion inadéquate des émotions*
 - ils éprouvent des difficultés à identifier les émotions;
 - débordement de leur agressivité;
 - négation de toute agressivité, difficultés de s'affirmer.
4. *Les victimes d'agressions sexuelles sont exposées à des modèles inadéquats*
 - ils ont le sentiment chronique d'être une victime;
 - leur identité sexuelle est perturbée;
 - ils montrent une certaine méfiance relationnelle.
5. *Manque d'empathie*
 - Ils manquent d'intérêt pour les autres même s'ils sont capables de déceler la détresse de quelqu'un.
6. *Reconnaissance inadéquate de la problématique*
 - ils ont des difficultés à demander de l'aide;
 - ils adoptent une position défensive.
7. *Ils éprouvent également des difficultés autres que sexuelles, notamment scolaires.*

sociales, relationnelles et intellectuelles du jeune, elle nous semble présenter les risques d'une catégorisation simplificatrice potentiellement dangereuse, surtout lorsqu'elle concerne de jeunes adolescents.

B. LES HYPOTHÈSES PSYCHODYNAMIQUES

Il est difficile d'évoquer la psychodynamique des abus sexuels sans parler de perversion. Il est cependant important de préciser que, si un abus sexuel commis sur un enfant 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. En effet, il est fréquemment admis qu'un acte pervers renvoie à plusieurs constellations dynamiques (14).

En psychanalyse, la perversion est définie comme une "déviation par rapport à l'acte sexuel normal défini comme un coït visant à obtenir l'orgasme par pénétration génitale avec une personne de sexe opposé" (15). Notons que si elle n'est pas spécifiée dans cette définition, la question du libre choix du partenaire sexuel a ici toute son importance.

Selon Freud, la perversion procéderait d'une anomalie de la pulsion sexuelle. Freud considère, en effet, que la sexualité infantile est soumise au jeu des pulsions partielles et est étroitement liée à la diversité des zones érogènes. A l'inverse, la sexualité normale adulte supposera une organisation sous le primat de la zone génitale qui unifie

la sexualité. La perversion serait une régression à une fixation antérieure de la libido (15).

Les auteurs post-Freudiens, dans l'explication qu'ils donnent de la perversion, mettent plutôt l'accent sur une anomalie de la relation objectale (1) (objet au sens psychanalytique du terme). L'acte pervers serait un mode d'expression de pulsions et d'angoisses archaïques. Entre ces pulsions, ces angoisses, et leur mise en acte, se produirait un court-circuit mettant hors jeu tout processus d'attente, de détour, de mentalisation (aucun affect, aucun fantasme, aucune culpabilité) (16). Rappelons que ces processus sont normalement présents lors de l'expression d'une angoisse, par exemple d'ordre névrotique.

D'autres auteurs (17) voient l'acte pervers comme une tentative de maîtriser un traumatisme initial survenu durant la petite enfance. L'acte pervers serait ici une sexualisation de pulsions agressives et donc, en quelque sorte, une érotisation de la haine.

C'est au regard de ces différentes approches théoriques (ici très succinctement évoquées) que les thérapeutes psychodynamiciens tenteront de comprendre l'abus, non plus en fonction du comportement, mais en fonction de l'organisation de la personnalité. Le symptôme qu'est l'abus devra être compris, dès lors, dans son rôle fonctionnel et économique à l'intérieur d'un fonctionnement psychique, lui-même résumé par l'étiquette diagnostique. Les perversions sont ainsi parfois classées en fonction, par exemple, de la nature de la relation objectale (3).

Le diagnostic de structure de la personnalité doit être formulé avec les plus grandes réserves et n'est jamais une donnée fixe, en particulier à l'adolescence. C'est pourquoi on ne devrait jamais parler que d'un état actuel d'organisation de la personnalité. Il semblerait, pour certains (18), qu'il n'y ait pas de différence marquante entre les traits de personnalité des adolescents selon qu'ils commettent des transgressions sexuelles ou d'autres transgressions (vols, délits, etc.), seule l'immaturation serait plus forte.

A notre sens, ce type de lecture offre davantage de souplesse dans la compréhension que l'on peut avoir de l'adolescent qui a commis un acte abusif et permet de réfléchir davantage aux perspectives thérapeutiques possibles.

C. LES HYPOTHÈSES SOCIALES ET FAMILIALES

L'intérêt que l'on porte à la famille de ces adolescents est important. En effet, comme nous l'avons dit précédemment, l'adolescent est particulièrement tributaire de la dynamique familiale. Par ailleurs, une forte proportion des

agressions commises par ces jeunes le sont sur un membre de la famille immédiate ou élargie (1). Enfin, la famille est un interlocuteur privilégié et obligé de l'intervenant. Celui-ci sera confronté à son mode de fonctionnement, parfois chaotique, aux générations entremêlées, parfois extrêmement rigides. Très souvent, le délit sera minimisé par la famille de l'adolescent qui a commis un abus sexuel, même lorsque l'abus a eu lieu dans la famille (il n'est pas rare de voir un parent prendre ouvertement la défense de l'agresseur, au détriment de la victime qui est aussi son enfant) (19). La détresse de la victime ne sera pas perçue, elle pourra elle-même être accusée de provocation.

Dans la littérature anglo-saxonne, on retrouve de multiples études basées sur des critères descriptifs et comportementaux tentant d'établir une typologie de la famille des adolescents qui commettent des agressions sexuelles. Ces études comparent des groupes d'adolescents "agresseurs sexuels" d'adultes, "agresseurs sexuels" d'enfants, "délinquants", avec des groupes témoins selon des critères concernant la perception qu'ils ont de leur famille (20), leur identification parentale (21), les antécédents familiaux de violence, de maltraitance, d'abus sexuels, le type d'organisation familiale (22-24).

Il ressort que ces adolescents ont plus souvent été victimes d'abandon parental précoce, présentent un déficit d'identification aux modèles parentaux (conséquences d'un trouble de l'interaction précoce qui serait plus fréquent chez ces jeunes). La violence de ces milieux familiaux est plus fréquente ainsi que l'abus d'alcool et de drogue dans l'entourage. Ces adolescents ont plus souvent été victimes de maltraitance et d'abus sexuels. Les parents de ces adolescents seraient plus contrôlants et permettraient moins d'autonomie.

D'autres études, portant sur les parents des adolescents auteurs d'agressions sexuelles d'ordre incestueux, montrent une plus haute incidence d'abus physiques ou sexuels sur eux-mêmes, ce qui rejoint l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle de l'abus sexuel (25, 26).

Si on se réfère à une pratique de la psychiatrie de l'adolescent, ces problématiques familiales sont finalement peu spécifiques. En effet, troubles de l'attachement précoce, maltraitements, négligences, abus sexuels, milieu familial peu structuré, sont malheureusement monnaie courante dans notre pratique.

De même qu'il nous semble important de comprendre le sens de l'abus par rapport à une dynamique personnelle, il nous semble égale-

ment particulièrement judicieux de chercher à comprendre le sens de celui-ci par rapport à une dynamique familiale. En effet, comme tout individu, toute famille aura ses propres spécificités, interrelations, mythes, modes de fonctionnement, règles. Il est dès lors bien difficile, à partir de critères observables, de définir une typologie particulière de la famille de ces adolescents.

Tenir compte de toutes ces particularités dans la compréhension du sens et de la fonction du symptôme dans la dynamique familiale offre d'autres perspectives thérapeutiques où l'on sera attentif, non seulement à l'individu et à l'acte posé, mais également à ses relations avec son entourage dans un lien, non pas de causalité, mais de circularité.

CAS CLINIQUES

Lors de notre expérience avec les adolescents qui agressent sexuellement les enfants et avec leur famille, nous avons à plusieurs reprises relevé des interactions familiales particulières. Les deux vignettes cliniques que nous présentons ci-dessous nous paraissent particulièrement explicatives et soulèvent de nombreuses interrogations.

VIGNETTE N° 1

Tom, 14 ans, est amené à la consultation par sa mère. Il a avoué avoir eu des jeux sexuels avec ses deux jeunes frères de 4 ans (Pierre) et 12 ans et demi (Didier). D'emblée, nous sommes interpellés par le discours de la maman qui nous semble percevoir son fils comme un "prédateur sexuel", ambivalent à son égard.

Dès son plus jeune âge, Tom n'a pas eu une place d'enfant. A l'âge de 5 ans, il a défendu sa mère qui était menacée d'un couteau par son père. Celui-ci est parti pour ne jamais plus revenir. Le "rival" évincé, Tom est devenu symboliquement le compagnon de sa maman, laquelle traversait une longue période dépressive.

Lorsque sa mère retrouve un partenaire, Tom perd ce statut particulier et va devoir faire de la place à celui-ci. La naissance d'un troisième garçon sera une intrusion de plus dans la relation privilégiée que Tom avait avec sa maman. Il est également difficile pour Tom de conserver son statut d'aîné puisque son jeune frère Didier est bien plus performant que lui au niveau scolaire et se retrouve dans la même classe que lui.

Dans cette famille, où la mère avait été abusée par son frère, où le beau-père avait connu une relation quasi incestueuse avec sa mère, les générations sont entremêlées, l'intimité inexistante et les relations hypersexualisées.

Dans cette situation, peut-on parler de pédophilie, peut-on parler d'abus sexuel ? Didier est sensiblement du même âge que Tom et bien que physiquement moins développé, il est au même niveau de maturation psychique. Il est raisonnable de penser que Didier a participé activement et en toute liberté aux jeux sexuels (masturbation) initiés par son frère, même s'il s'en est dit victime par la suite. En ce qui concerne Pierre, l'acte abusif ("décalottage") apparaît de prime abord plus clairement : la différence d'âge est importante, le statut de frère aîné confère à Tom une certaine autorité et Pierre est bien trop jeune pour accepter ou refuser en toute liberté ce geste.

Mais que penser lorsque l'on sait que dans cette famille il n'existe pas d'espace d'intimité (que ce soit la chambre, la salle de bains ou les WC), que les corps peuvent être explorés sous divers prétextes (Tom a dû montrer son anus à sa mère qui voulait vérifier qu'il n'avait pas été sodomisé, comme si elle voulait le considérer comme une victime) ? Que penser lorsqu'il semble que l'adolescence de Tom suscite chez sa mère une excitation sexuelle difficilement contrôlable (Madame montre à son fils la lingerie fine qu'elle voudrait porter et prend pour des invites sexuelles les gestes d'affection de celui-ci) ? Que penser lorsque la mère et le beau-père, lors d'un entretien, tenteront d'aborder en présence des enfants leur vie sexuelle ?

Tom a commis un acte répréhensible et il convient de le lui signifier clairement, mais il serait "abusif" de le qualifier d'abuseur sexuel, de pervers ou de pédophile. La transgression se situe à d'autres niveaux, à d'autres générations ...

En effet, quasi abusive est ici l'attitude de la maman qui ne signifie pas clairement l'interdit de l'inceste à son fils. En faisant intrusion dans l'intimité de Tom, elle annule sa parole. C'est comme si, en tentant de le victimiser, elle le déresponsabilisait. Par ailleurs, dans cette relation dyadique mère-adolescent en résonance avec sa propre histoire, le beau-père prendra bien peu de place et il lui sera difficile de jouer efficacement un rôle de tiers. Dans cette famille, la sexualisation de la rivalité fraternelle semble être le reflet du fonctionnement familial. Comme chacun des autres membres, Tom y participe activement.

C'est pourquoi, sans pour autant déresponsabiliser Tom, une psychothérapie familiale a été proposée, en dehors de tout contexte légal que nous ne trouvons pas judicieux dans cette situation. Après quelques entretiens où nous avons tenté d'aborder le thème de l'intimité, des

limites intergénérationnelles, cette famille n'est pas revenue en consultation. Ils ont téléphoné et ont promis de nous recontacter. A ce jour, nous attendons toujours de leurs nouvelles.

VIGNETTE N° 2

Maxime a dix-huit ans. Il est amené à la consultation par sa mère adoptive car il s'est exhibé à plusieurs reprises devant deux de ses cousines âgées de 4 et 8 ans. Les parents de celles-ci voulaient porter plainte et la consultation est un moyen d'éviter celle-ci.

Abandonné peu après la naissance, Maxime a passé son enfance dans un orphelinat thaïlandais. Il est possible qu'il ait été prostitué lors de séjours dans sa famille d'origine, mais il dit n'avoir aucun souvenir de cette époque. A l'âge de 9 ans, il est adopté par une dame célibataire. Le comportement de Maxime à cette époque est celui d'un enfant carencé. Il présente une immaturité globale et une grande avidité de contact. Il manque d'inhibition notamment sexuelle. La maman adoptive, désemparée, et choquée par ce comportement, réagit défensivement en surprotégeant et en contrôlant excessivement son fils.

A l'adolescence, toute tentative d'autonomisation est entravée par la rigueur et les interdits de l'éducation maternelle. Les sorties sont limitées, les contacts avec les pairs espionnés. La vie amoureuse naissante de Maxime est contrôlée. Maxime se soumet globalement à sa mère. Il lui livre toute son intimité, ne pouvant se préserver un espace personnel. Ainsi, il montre les missives amoureuses qui lui sont envoyées, demande à sa mère de retenir le prénom de sa petite amie ...

Si Maxime a des compétences sociales relativement satisfaisantes, il manque de confiance en lui. Pour s'opposer à l'adulte, il choisira la dissimulation plutôt que la révolte. Il se place en victime, victime de la société, de son patron, des filles ... et ne semble éprouver aucun sentiment de culpabilité. Cette attitude sera renforcée par la maman qui semble le considérer comme un retardé mental, donc irresponsable de ses actes.

L'acte exhibitionniste est ici une transgression survenant dans un parcours particulièrement difficile, marqué par des troubles de l'attachement précoce et une carence affective prolongée auxquels s'ajoute l'absence d'image paternelle et de points de repère identificatoires masculins.

Si l'environnement familial et l'attitude toute puissante maternelle n'ont certes pas eu une influence favorable pour le développement d'une sexualité génitale adulte de Maxime, la problématique personnelle est ici importante. La

structure de personnalité de Maxime est, en effet, pour le moment de type immature. La sexualité est de type infantile c'est-à-dire où l'autre n'est pas encore perçu comme un sujet à part entière.

Poser sur Maxime une étiquette d'abuseur sexuel ou de pédophile à cette étape de son développement serait nier ses capacités évolutives et l'enfermerait dans un comportement prédéterminé. Un autre écueil serait de victimiser Maxime et donc de le déresponsabiliser. Dans ce cas, son espace de liberté personnel serait nié et il serait considéré comme un objet ballotté au gré des événements.

Dans ce contexte où les garants extérieurs semblaient suffisamment solides et où l'interdit avait clairement été énoncé, il nous a semblé important d'offrir à Maxime la possibilité de disposer d'un espace individuel dans un cadre psychothérapeutique. Il a pu expérimenter pendant un an une relation de confiance avec un thérapeute masculin, après quoi la thérapie a été malheureusement interrompue à l'initiative de la maman, argumentant du manque de motivation de Maxime. La prochaine démarche de Maxime sera peut-être une démarche personnelle à condition qu'il puisse l'envisager comme un acte d'autonomie adulte, et non plus comme une forme supplémentaire de sa soumission aux exigences maternelles. Pour cela, il faut qu'il quitte sa position immature de projection des causes de sa souffrance sur son entourage et qu'il assume cette souffrance à la première personne, celle d'un "je" responsable.

Tom et Maxime ont tous deux commis une transgression sexuelle pour laquelle ils auraient tous deux pu être qualifiés de pédophiles. Leurs histoires présentent de nombreuses similitudes : séparations précoces, relations exclusives à la mère, figure paternelle peu ou pas présente. Toutefois si le milieu familial de Tom est marqué par la confusion des rôles, l'absence de barrières intergénérationnelles et la sexualisation des conflits, celui de Maxime nous interpelle par une grande rigidité éducative et une perception péjorative de la sexualité en général.

Dans ces deux situations où aucune plainte n'avait été déposée, les thérapeutes ont été amenés à intervenir seuls. Ils ont dû sortir de leur neutralité pour énoncer clairement l'interdit. Les types de prise en charge proposés ont été différents selon le type de problématique qui nous paraissait le plus prégnant : thérapie familiale pour Tom, individuelle pour Maxime.

L'objectif a été de miser sur les capacités évolutives des adolescents et de leur famille. Nous

limites intergénérationnelles, cette famille n'est pas revenue en consultation. Ils ont téléphoné et ont promis de nous recontacter. A ce jour, nous attendons toujours de leurs nouvelles.

VIGNETTE N° 2

Maxime a dix-huit ans. Il est amené à la consultation par sa mère adoptive car il s'est exhibé à plusieurs reprises devant deux de ses cousines âgées de 4 et 8 ans. Les parents de celles-ci voulaient porter plainte et la consultation est un moyen d'éviter celle-ci.

Abandonné peu après la naissance, Maxime a passé son enfance dans un orphelinat thaïlandais. Il est possible qu'il ait été prostitué lors de séjours dans sa famille d'origine, mais il dit n'avoir aucun souvenir de cette époque. A l'âge de 9 ans, il est adopté par une dame célibataire. Le comportement de Maxime à cette époque est celui d'un enfant carencé. Il présente une immaturité globale et une grande avidité de contact. Il manque d'inhibition notamment sexuelle. La maman adoptive, désemparée, et choquée par ce comportement, réagit défensivement en surprotégeant et en contrôlant excessivement son fils.

A l'adolescence, toute tentative d'autonomisation est entravée par la rigueur et les interdits de l'éducation maternelle. Les sorties sont limitées, les contacts avec les pairs espionnés. La vie amoureuse naissante de Maxime est contrôlée. Maxime se soumet globalement à sa mère. Il lui livre toute son intimité, ne pouvant se préserver un espace personnel. Ainsi, il montre les missives amoureuses qui lui sont envoyées, demande à sa mère de retenir le prénom de sa petite amie ...

Si Maxime a des compétences sociales relativement satisfaisantes, il manque de confiance en lui. Pour s'opposer à l'adulte, il choisira la dissimulation plutôt que la révolte. Il se place en victime, victime de la société, de son patron, des filles ... et ne semble éprouver aucun sentiment de culpabilité. Cette attitude sera renforcée par la maman qui semble le considérer comme un retardé mental, donc irresponsable de ses actes.

L'acte exhibitionniste est ici une transgression survenant dans un parcours particulièrement difficile, marqué par des troubles de l'attachement précoce et une carence affective prolongée auxquels s'ajoute l'absence d'image paternelle et de points de repère identificatoires masculins.

Si l'environnement familial et l'attitude toute puissante maternelle n'ont certes pas eu une influence favorable pour le développement d'une sexualité génitale adulte de Maxime, la problématique personnelle est ici importante. La

structure de personnalité de Maxime est, en effet, pour le moment de type immature. La sexualité est de type infantile c'est-à-dire où l'autre n'est pas encore perçu comme un sujet à part entière.

Poser sur Maxime une étiquette d'abuseur sexuel ou de pédophile à cette étape de son développement serait nier ses capacités évolutives et l'enfermerait dans un comportement prédéterminé. Un autre accueil serait de victimiser Maxime et donc de le déresponsabiliser. Dans ce cas, son espace de liberté personnel serait nié et il serait considéré comme un objet ballotté au gré des événements.

Dans ce contexte où les garants extérieurs semblaient suffisamment solides et où l'interdit avait clairement été énoncé, il nous a semblé important d'offrir à Maxime la possibilité de disposer d'un espace individuel dans un cadre psychothérapeutique. Il a pu expérimenter pendant un an une relation de confiance avec un thérapeute masculin, après quoi la thérapie a été malheureusement interrompue à l'initiative de la maman, argumentant du manque de motivation de Maxime. La prochaine démarche de Maxime sera peut-être une démarche personnelle à condition qu'il puisse l'envisager comme un acte d'autonomie adulte, et non plus comme une forme supplémentaire de sa soumission aux exigences maternelles. Pour cela, il faut qu'il quitte sa position immature de projection des causes de sa souffrance sur son entourage et qu'il assume cette souffrance à la première personne, celle d'un "je" responsable.

Tom et Maxime ont tous deux commis une transgression sexuelle pour laquelle ils auraient tous deux pu être qualifiés de pédophiles. Leurs histoires présentent de nombreuses similitudes : séparations précoces, relations exclusives à la mère, figure paternelle peu ou pas présente. Toutefois si le milieu familial de Tom est marqué par la confusion des rôles, l'absence de barrières intergénérationnelles et la sexualisation des conflits, celui de Maxime nous interpelle par une grande rigidité éducative et une perception péjorative de la sexualité en général.

Dans ces deux situations où aucune plainte n'avait été déposée, les thérapeutes ont été amenés à intervenir seuls. Ils ont dû sortir de leur neutralité pour énoncer clairement l'interdit. Les types de prise en charge proposés ont été différents selon le type de problématique qui nous paraissait le plus prégnant : thérapie familiale pour Tom, individuelle pour Maxime.

L'objectif a été de miser sur les capacités évolutives des adolescents et de leur famille. Nous

avons tenté de ne considérer aucun de ces adolescents ni comme des victimes, ni comme des bourreaux mais plutôt comme des sujets qui, en interaction avec leur environnement, participent à leur histoire.

CONCLUSION

Dans notre société, se développe actuellement un mouvement sécuritaire tendant à vouloir annuler de façon illusoire tout risque. Un des dangers de ce mouvement pourrait être alors d'identifier comme boucs émissaires les adolescents ayant commis un abus sexuel. Un autre écueil serait de nommer abus des situations qui n'en sont pas.

Cependant, les études épidémiologiques, même si elles sont parfois mal interprétées, ne permettent pas de dénier le fait qu'il existe des adolescents qui abusent sexuellement d'enfants.

De nombreux auteurs, d'orientations théoriques différentes, se sont interrogés sur ce type de comportement et ont avancé diverses hypothèses psychodynamiques, cognitivo-comportementalistes ou systémiques. Certains facteurs de risques ont pu être identifiés et certains comportements plus souvent associés.

Après cette approche bibliographique et cette réflexion clinique, certaines questions subsistent. Pourquoi des adolescents en arrivent-ils à commettre de tels actes ? Si nous voyons, d'après la littérature et notre expérience, que la plupart de ces adolescents ont une histoire particulièrement difficile, on constate qu'il n'existe pas de prédéterminisme ni de causalité linéaire : tous les adolescents en souffrance ne commettent pas un abus sexuel. On s'interrogera, dès lors, sur le sens de l'abus par rapport à la dynamique personnelle et familiale du jeune.

Si on sait qu'il est important de ne pas stigmatiser, il est établi que certains jeunes récidiveront. Comment dès lors identifier les facteurs de risque et éviter cette récurrence ? Le travail de l'intervenant confronté à ce type de situation sera particulièrement difficile. Il devra faire preuve de doigté et de jugement clinique car, comme nous l'avons vu, les définitions et limites d'âge ne sont pas toujours très claires.

Dans la mesure du possible, une intervention claire et précoce est nécessaire. Il y aura lieu de marquer l'interdit et de responsabiliser le jeune et ses parents par rapport à l'acte inadmissible qu'il a posé en tenant compte de ses difficultés personnelles et familiales. La prise en charge du jeune et de sa famille sera, si possible, pluridisciplinaire, en collaboration dans certaines situa-

tions avec le corps judiciaire. Les modalités de ces interventions seront évaluées au cas par cas.

Continuer à se questionner sur cette problématique est important. Tant que subsisteront des questions, un espace de créativité entre les intervenants, le jeune et sa famille, pourra se développer et ainsi permettre à l'adolescent de s'autonomiser en établissant des relations plus épanouissantes et basées sur le respect de l'autre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Aubut J, et al.— *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*. Éditions de la Chenelière, Montréal, Québec, 1993.
2. Doshay L.J.— The boy sex offender and his later career. N.G. Montclair : Patterson Smith, 1969, 169-173 in Aubut J. et al, *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*. Éditions de la Chenelière, Montréal, Québec, 1993, 268.
3. Van Gijseghe H.— *La personnalité de l'abuseur sexuel. Typologie à partir de l'optique psychodynamique*. Édition du Méridien, Montréal, 1988.
4. Finkelhors DH, Hotaling G.J.— Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*, 1984, 8, 23-33.
5. Furniss T.— *The multiprofessional handbook of child sexual abuse*. Routledge, London and New-York, 1993.
6. D.S.M. IV.— *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Masson, Paris, 1996.
7. Hayez — *Abus sexuels : limites de la pathologie*. Conférence du 8 octobre 1998 à l'U.L.B.
8. Marcelli D, Braconnier A.— *Psychopathologie de l'adolescent*. Masson, Paris, 1984, 3-10.
9. Loi du 8 avril 1965 relative à la protection de la jeunesse.
10. Davis JE, Leitenberg H.— Adolescent sex offenders, *Psychol Bull*, 1987, 101, 417-427.
11. Soutoul JH, Chevrant Breton.— *Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur*. Édition Marketing, éditeur des préparations aux grandes écoles de médecine, 1994, 157.
12. Awad G, Saunders E, Levene J.— A clinical study of male adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 1984, 28, 105-115 in Van Gijseghe H. *La personnalité de l'abuseur sexuel. Typologie à partir de l'optique psychodynamique*. Édition du Méridien, Montréal, 1988, 23.
13. Pihet B, Trifaux C.— UPPL, Notes de la journée d'étude du 22 avril 1998 avec Mckibben A, *Les adolescents agresseurs sexuels : prévenir la persistance à l'âge adulte sans stigmatiser*.
14. Demoulin et al, 1973; Mc Dougal, 1980; Schorsch et al, 1990 in Aubut J. et Coll.— *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement*. Éditions de la Chenelière, Montréal, Québec, 1993, 29.
15. Laplanche J, Pontalis JB.— *Vocabulaire de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France, Quadriges, 1997, 307-309.

16. Bergeret J.— *Psychologie pathologique : théorie et clinique*. Masson, Paris, 1993, 281.
17. Stoller RJ.— *La perversion, forme érotique de la haine*. Payot, Paris, 1978.
18. Chevalier V, Deschamp D.— *Le placement des jeunes délinquants sexuels en IPPJ : état des lieux et perspectives*. Mémoire de fin d'études, 1997, 60. Disponible à la bibliothèque de la communauté française, 44 Boulevard Léopold II, B-1080 Bruxelles.
19. Lebbe-Berrier P.— *Les violences sexuelles dans la famille, abuser, être famille abusive, être abusé, avoir abusé, avoir été famille abusive, avoir été abusé*. Thérapie Familiale, Genève, 1996, 17, 287-294.
20. Bass BA, Levant MD.— Family perception of rapists and pedophiles. *Psychol Rep*, 1992, 71, 211-214.
21. Levant MD, Bass BA.— Parental identification of rapists and pedophiles. *Psychol Rep*, 1991, 69, 463-466.
22. Worling JR.— Adolescent sibling-incest offenders : differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse Negl*, 1995, 19, 633-643.
23. Saunders E, Awad GA, White G.— Male adolescent sexual offenders : the offender and the offense. *Canadian J Psychiatr*, 1986, 31, 542-549.
24. Becker JV, Kaplan MS, Cunningham-Rathner J, Kavoussi R.— Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators : preliminary findings. *J Fam Violence*, 1986, 1, 85-97.
25. Kaplan MS, Becker JV, Martinez DF.— A comparison of mother of adolescent incest vs non incest perpetrators. *J Fam Violence*, 1990, 5, 209-214.
26. Peterson RF, Basta SM, Dyksta TA.— Mothers of molested children : some comparisons of personality characteristics. *Child Abuse Negl*, 1993, 7, 409-418.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr S. Boden, Centre de Santé de l'Adolescent, Polycliniques Brull, Quai G. Kurth, 45, 4020 Liège.