

*Faut-il dépister les antécédents
de traumatisme sexuel
lors de la grossesse ?*

BENOÎT BAYLE*

Les traumatismes sexuels de l'enfance influencent-ils le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale ? Marquent-ils l'exercice de la parentalité ? Peuvent-ils représenter un facteur de risque pour le développement psychologique de l'enfant à naître ? Faut-il proposer alors de rechercher systématiquement les antécédents de ces traumatismes lors de l'anamnèse des femmes enceintes ?

Ces interrogations nous placent au cœur d'une difficulté que rencontrent les obstétriciens et les sages-femmes. Il leur arrive de pressentir qu'une femme a été victime par le passé de traumatismes sexuels, mais ils n'osent pas toujours poser concrètement la question, de crainte de ne savoir que faire d'une telle révélation. Ou bien, ils découvrent cette réalité face à laquelle ils se sentent désemparés. De leur côté, les psychiatres négligent parfois ce point de l'anamnèse : certaines femmes suivies depuis longtemps par un psychiatre n'ont jamais parlé du traumatisme subi par le passé.

Dans le cadre de la grossesse, l'intérêt d'un dépistage des antécédents de traumatisme sexuel pourrait se justifier par les risques obstétricaux et psychologiques éventuels qu'en-

* Psychiatre, praticien hospitalier, Service de psychiatrie infanto-juvénile (D^r J. Constant), 1, rue Saint-Martin-au-Val, 28000 Chartres.

courent la mère ou l'enfant à naître. L'hypothèse serait alors la suivante : les traumatismes sexuels passés augmentent la morbidité périnatale somato-psychique et risquent de perturber les interactions parents-enfants. De nombreuses études ont insisté sur la fréquence des traumatismes sexuels de l'enfance dans le cadre des grossesses d'adolescentes. D'autres ont montré le risque accru de dépression pendant la grossesse ou après l'accouchement [3]. D'autres encore se sont intéressées aux antécédents d'abus sexuels chez les femmes enceintes toxicomanes [11, 15]. Une étude récente suggère également que les états de stress post-traumatique, consécutifs notamment aux abus sexuels, augmentent les risques obstétricaux : grossesse ectopique, fausse couche spontanée, etc. [25].

D'une façon générale, les traumatismes sexuels s'accompagnent d'une forte morbidité psychologique, voire psychiatrique [8] : trouble grave de la personnalité, dépression, alcoolisme, toxicomanie, etc., autant de facteurs qui entravent volontiers l'accès à la parentalité et présentent par conséquent un risque pour l'enfant. Néanmoins, ces données psychopathologiques ne doivent pas occulter la notion de résilience, c'est-à-dire la possibilité pour la personne de « s'en sortir », voire de construire une expérience positive à partir d'un effroyable malheur [7].

Loin de vouloir débattre de l'ensemble de ces aspects, nous soulignerons à travers cette étude l'impact psychologique des traumatismes sexuels maternels, non chez la femme qui les a subis, mais sur la génération suivante, c'est-à-dire chez les enfants de ces femmes.

Selma Fraiberg (1975) a illustré ce sujet, de façon indirecte, dans un article célèbre : Mary, âgée de 5 mois et demi, se présente comme une enfant gravement négligée [12].

Philippe Mazet (1995), dans un article intitulé « Inceste et interactions précoces parents-bébé », expose le cas d'un garçon de 3 mois, tonique, vif, très intéressé par l'environnement, mais détournant volontiers le regard et la tête lorsque sa maman essaye d'entrer en contact avec lui. Lors de la première consultation, la jeune femme évoque son père qui, après avoir quitté la maison pendant plusieurs années, revient à l'époque de son adolescence. Les disputes parentales sont fréquentes et violentes, et son père se montre séducteur à

son égard, la poursuivant jusque dans sa chambre et la caressant à plusieurs reprises, en lui disant : « Ce n'est pas ta mère que je veux, mais c'est toi. » Cette femme ne s'était jamais confiée de cette situation. La relation avec son nourrisson s'améliore après quatre consultations [19].

J. Dayan, dans son ouvrage *Psychopathologie de la périnatalité*, évoque ce sujet à trois occasions : dans le cadre de la dépression du post-partum principalement, mais aussi dans celui du syndrome d'alcoolisme fœtal et, enfin, de l'infanticide. Cet auteur cite les travaux de Bifulco *et al.* (1998), qui orientent vers un rôle prépondérant de l'abus sexuel en regard de la dépression, et donne ce commentaire : « Dans ces circonstances, des difficultés relationnelles et d'accès à la parentalité ont été rapportées et sont communément constatées par les praticiens malgré peu d'études précises sur le sujet (Cole *et al.*, 1992). Selon Buist et Barnett (1995), le maternage quotidien devient source d'angoisses plus ou moins conscientes. L'allaitement au sein est parfois abandonné en le qualifiant de répugnant, les soins confiés à autrui, l'enfant peut être négligé » [9].

Dans une autre perspective, D. Lafortune [18] remarque que 40 % des auteurs d'agressions sexuelles ont dans leur famille un parent ou un grand-parent victime de traumatisme sexuel. Diverses études, d'origine américaine, retrouvent ce résultat, dans des proportions allant de 21 % à 67 %. Dans un grand nombre de cas, cette histoire traumatique se retrouve chez la mère. Se pose alors la question de la transmission intergénérationnelle. En effet, le groupe des enfants de mères victimes par le passé de traumatismes sexuels pourrait constituer un groupe d'enfants à risque ultérieur d'agression sexuelle (cette fois, en tant qu'agresseurs). D. Lafortune propose quatre modèles de transmission familiale aliénante pouvant intervenir dans le champ de la délinquance sexuelle juvénile : le « trop de présence du sexuel » (l'initiation prématurée à la sexualité adulte modifie la vision générale de la sexualité) ; « la transmission via les défaillances de la fonction paternelle dans la famille » ; l'identification à des figures pathogènes (sociopathie, circulation de fantasmes pervers non culpabilisés, etc.) ; « la transmission intergénérationnelle en creux quand le sexuel brille par son absence » (par le non-

dit et les secrets familiaux). Certains de ces modèles paraissent pertinents dans le champ des interactions précoces mère-ayant-des-antécédents-de-traumatisme-sexuel/enfant.

Dans la première partie de cet article, nous rapportons onze observations cliniques intéressant des enfants de mères victimes de traumatismes sexuels. Les interrogations que soulèvent ces cas incitent à réfléchir sur une action de prévention au sein même de la maternité. Des recherches bibliographiques montrent l'importance et l'actualité de ce sujet. Dans la deuxième partie de cette étude, nous présentons divers travaux menés par des sages-femmes qui concernent le déroulement et la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement chez les victimes de traumatisme sexuel de l'enfance ou de l'adolescence [4-6, 13, 14, 16, 17, 20-24, 26-27], et soulignent l'intérêt d'un dépistage des antécédents de traumatismes sexuels chez la femme enceinte.

TRAUMATISMES SEXUELS MATERNELS, LA GÉNÉRATION SUIVANTE : ASPECTS CLINIQUES

Nous nous intéressons depuis plusieurs années au dépistage des traumatismes sexuels. Notre expérience professionnelle au sein du service public a évolué au fil du temps, intéressant tout d'abord la psychiatrie adulte (y compris une vacation en maison d'arrêt auprès d'agresseurs sexuels), puis la psychiatrie périnatale et la psychiatrie infanto-juvénile. Néanmoins, la recherche des antécédents de traumatisme sexuel a représenté un souci constant. Une formulation ouverte est proposée, par exemple : « Avez-vous vécu des choses pénibles qui vous ont marquées, voire traumatisées ? » Une question de ce type évite d'induire des réponses à orientation sexuelle. Ainsi, certaines personnes évoquent le deuil d'un parent ; d'autres, la rivalité avec un frère ou une sœur ; d'autres encore, une maltraitance physique ou un traumatisme sexuel. Dans la grande majorité des cas, les allégations de traumatisme sexuel sont apparues crédibles. Enfin, lorsque la femme se trouve en compagnie de son enfant, il est

possible de préciser la nature sexuelle du traumatisme en proposant avec discrétion un entretien en dehors de la présence de l'enfant. Cette triple expérience situe les aspects cliniques que nous allons dégager à présent.

Psychiatrie adulte

Une première occasion d'apprécier les effets des traumatismes maternels sur la génération suivante consiste à s'enquérir de la santé psychique des enfants auprès des victimes, dans le cadre de leur suivi médico-psychologique. Les informations recueillies restent subjectives ; elles sont néanmoins une indication des difficultés rencontrées. Telle fille adolescente est déclarée dépressive et suivie par un psychiatre, telle enfant devenue adulte est toxicomane, etc. Les femmes apportent rétrospectivement des renseignements sur le déroulement de leurs grossesses et le développement affectif de leurs enfants. Ces données offrent une image du développement, tel qu'il est perçu par la mère abusée. Certains éléments maternels méritent d'être repérés à cette occasion comme la place du traumatisme sexuel dans la genèse des troubles psychiques, et les facteurs associés (carence affective, maltraitance physique, événements de vie, etc.). D'autres informations concernent aussi l'exercice de la parentalité : relation de la femme avec sa propre mère (celle-ci a-t-elle assuré sa fonction de protection ?), constitution du couple (motivations alléguées quant au choix du conjoint), place faite au père de l'enfant ou aux hommes en général, stabilité ou instabilité des relations affectives, etc.

Observation n° 1 : Mme H... a été abusée sexuellement depuis l'âge de 11 ans jusqu'à l'âge de 14 ou 15 ans. Il s'agit d'attouchements sexuels effectués sous la contrainte et dans un contexte d'humiliation et de violence par un père buveur excessif d'alcool. La mère est battue. Le père maltraite sa fille physiquement et moralement... Mme H... souhaite intensément la mort de son père. Elle réussit à quitter le milieu familial à l'âge de 18 ans, mais, lorsqu'elle apprend que son père est atteint d'un cancer, elle est submergée par un sentiment de culpabilité : « J'avais tellement souhaité qu'il "crève" que là que ça arrivait ça me panique. » Elle grossit de 25 kg et sombre dans une dépression qui durera près de trois ans.

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Mme H... est âgée de 39 ans. Elle est adressée par son médecin généraliste pour un état dépressif. D'autres psychiatres l'ont déjà suivie et elle voit régulièrement une psychologue. Elle reste très choquée par une interruption de grossesse qu'elle a subie alors qu'elle souhaitait avoir un troisième enfant : cette intervention lui a été conseillée car elle prenait des médicaments au début de la grossesse. On lui a dit que son enfant risquait d'être anormal.

La clinique associe un syndrome dépressif et des crises d'angoisse, pour lesquels elle reçoit une chimiothérapie adaptée. Cependant, Mme H... semble surtout habitée par des sentiments de honte, de culpabilité et de haine. Au début du suivi, elle se rend très fréquemment sur la tombe de son père dans une sorte de rituel de vérification, dont on peut évoquer la connotation masochiste. Elle décide assez rapidement de cesser de s'y rendre. Cependant, l'arrêt de ces visites au cimetière entraîne l'apparition de cauchemars. « Depuis que j'ai décidé de ne plus m'en occuper, je ne vois plus que cela la nuit. » Mme H... rêve que son père veut absolument la toucher, elle refuse, « ma mère est là, elle ne fait rien »... Elle rêve également que son père la frappe et que sa mère donne raison à son père ; qu'elle se dispute avec sa mère.

Sa haine se mesure à l'aune de sa honte et de sa culpabilité. Elle aurait voulu se venger, « crier au monde ce qu'il est (s'il était vivant bien sûr), qu'il se fasse rejeter de tout le monde, lui faire honte le plus possible... parce que c'est moi qui est honte... parce qu'en plus on se sent coupable ».

Déjà, par le passé, la haine qu'elle éprouvait à l'égard de son père lui inspirait « l'envie de se marier avec un homme pour le faire souffrir, le rabaisser complètement... ». Aujourd'hui, Mme H... estime son époux et cet homme semble lui témoigner une véritable sollicitude. Sa relation avec lui s'est améliorée au fil du temps, même si elle lui reproche beaucoup de l'avoir mise enceinte d'un enfant qu'elle désirait depuis longtemps, mais dont elle a dû avorter.

Les informations qui ont pu être recueillies sur les deux premières grossesses le sont rétrospectivement. Tout d'abord, malgré son désir d'enfant, Mme H... attend quatre années avant de parvenir à être enceinte. Les examens sont normaux. Elle ne reçoit aucun traitement contre l'infertilité et tombe enceinte spontanément, deux mois après le décès de son père. Pendant cette première grossesse, les vomissements sont fréquents, associés à une perte de poids, jusqu'au septième mois de grossesse : « Je vomissais entre deux plats », affirme-t-elle. En fin de grossesse, elle doit être hospitalisée pour des œdèmes avec hypertension artérielle. Elle accouche d'une petite fille. Il semble que Mme H... présente une symptomatologie dépressive dans la période postnatale, avec des pleurs fréquents. La deuxième grossesse se déroule sans vomissement, mais se trouve compliquée d'œdème et d'hypertension artérielle. Au troisième jour après l'accouchement d'un garçon, la découverte d'une

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 501

petite luxation de la hanche est vécue, de façon disproportionnée, comme une véritable catastrophe. Le nourrisson est décrit comme difficile, hurlant dès la sortie de la maternité. « Il a toujours hurlé... Il n'a jamais supporté de voir du monde... Il mettait ses doigts dans la bouche pour m'empêcher de parler... Il me tournait vers lui... Il aurait fallu que je le garde constamment sur les genoux... pendant trois ans, on n'a vu personne quasiment (car il hurlait tout le temps)... Il est toujours très accaparant. »

La fille actuellement âgée de 15 ans est suivie par un psychiatre (dépression, anorexie ?). Le fils connaît des difficultés scolaires. Mme H... semble surprotéger ses enfants.

Observation n° 2 : Mme S... est d'origine anglaise. Elle est âgée d'une cinquantaine d'années et se trouve hospitalisée à la suite d'une tentative de suicide dans un contexte de rupture sentimentale. Elle présente un syndrome dépressif réactionnel sur fond de personnalité névrotique. Au cours du suivi, elle se confie pour la première fois des attouchements sexuels que son père lui a fait subir dans son enfance. Elle semble reconnaissante d'avoir pu évoquer ce fait, qu'elle n'a jamais souhaité aborder en détail. Elle est mère de trois enfants, et vit séparée de son mari. Ses enfants sont parvenus à l'âge adulte : un garçon et une fille habitent aux États-Unis ; l'autre garçon séjourne en Espagne. La fille est toxicomane et lui cause de nombreux soucis.

Il n'est pas nécessaire de multiplier les exemples. Il reste intéressant, pour le clinicien exerçant auprès d'adultes, de s'interroger sur l'exercice de la parentalité des victimes de traumatismes sexuels, puisque celles-ci semblent volontiers s'y trouver en difficulté. Un soutien adapté pourrait avoir des effets bénéfiques sur les enfants.

Psychiatrie périnatale

La clinique périnatale offre un deuxième type d'approche. Le risque de dépression au cours de la grossesse ou après l'accouchement a déjà été évoqué. Parfois, le tableau psychopathologique observé se rattache à un événement qui entretient un lien étroit avec le traumatisme. Mais cette éventualité ne s'observe pas toujours, et il faut parfois se contenter de noter la coexistence d'une décompensation psychique chez une femme ayant un antécédent de traumatisme sexuel. Ailleurs, nous observons certaines femmes porter plainte contre l'agresseur au moment de leur première grossesse, et cette

démarche ne semble pas étrangère aux remaniements psychiques gestationnels. Dans un autre registre encore, certaines grossesses passent « inaperçues », faisant l'objet d'une négation de grossesse (déli ou dénégation). En aucun cas ce symptôme ne saurait être considéré comme pathognomonique d'un traumatisme sexuel de l'enfance, comme les travaux de C. Bonnet auraient tendance à le laisser penser [1, 2]. Néanmoins, cette particularité existe et mérite d'être soulignée. Le risque obstétrical a également été évoqué en introduction, en particulier dans le cadre des états de stress post-traumatiques. Certains blocages du travail semblent directement en rapport avec le passé sexuel traumatique. Certains auteurs rapportent la survenue de flashes post-traumatiques ou d'épisodes dissociatifs au cours de l'accouchement. Enfin, les difficultés rencontrées après l'accouchement semblent fréquentes : rejet de l'allaitement, difficultés dans les soins donnés au nourrisson, flashes post-traumatiques ou remémorations au cours de l'allaitement, etc. Ces aspects seront détaillés dans la deuxième partie.

Observation n° 3 : Mme R..., 33 ans, accepte son admission en service de psychiatrie après s'être présentée au service d'accueil et d'urgence psychiatrique pour un état anxieux sévère. Elle est enceinte de huit mois et c'est sa deuxième grossesse. Elle élève sa petite fille, actuellement âgée de 2 ans. Elle n'a jamais présenté jusqu'à présent de trouble psychiatrique. Elle a poursuivi des études supérieures et occupe un emploi de bon niveau.

Le trouble anxieux s'est manifesté brutalement, il y a un mois et demi, sous la forme d'une crise d'angoisse aiguë, survenue en pleine nuit. La patiente connaît un niveau d'anxiété qu'elle n'a jamais connu. Elle se raccroche à tout ce qui est autour d'elle, de peur de devenir folle et éprouvant un pénible sentiment d'irréalité. Il lui est impossible de fermer les yeux. Elle ressent une impression de terreur à l'idée de sombrer dans le sommeil. Elle s'endort d'épuisement au bout de plusieurs heures. La nuit suivante, elle redoute une nouvelle crise d'angoisse. Elle présente durant près d'un mois des réveils nocturnes avec angoisse : s'endormir lui donne la sensation qu'elle ne reviendra pas ; il lui faut ressentir l'épuisement pour parvenir à s'endormir. Quinze jours avant l'hospitalisation, les attaques de paniques réapparaissent. Une anxiété sourde et constante émerge dans la journée. Des affects dépressifs, avec crises de larmes, désintérêt et aboulie, apparaissent depuis quelques jours dans un contexte d'épuisement. Le temps de sommeil se limite à trois ou quatre heures par nuit.

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 503

Lors de son admission en service hospitalier, la patiente ne voit aucune explication à son état actuel. Elle insiste surtout sur la grossesse précédente, qui a fait l'objet d'une « forte médicalisation ». Hospitalisée à deux reprises, de façon brève (4-5 jours), pour des contractions utérines, elle recevait les traitements habituellement prescrits dans ce genre de menace d'accouchement prématuré (salbutamol) et a passé sa grossesse alitée, jusqu'à son accouchement par césarienne (présentation en siège). Mme R. s'était organisée afin d'avoir une occupation pendant toute la grossesse (informatique, etc.). L'accouchement s'était déroulé dans de bonnes conditions, ne laissant aucun souvenir traumatique. J'apprends également que la patiente et l'ensemble de sa fratrie sont en rupture avec leur père depuis trois ans. Mme R... parle de conflit familial grave, sans donner davantage de précisions.

Lors du deuxième entretien, mise en confiance, la patiente établit un lien entre la survenue de la décompensation anxieuse et une conversation téléphonique qu'elle a eue avec son père. Deux semaines avant la première crise d'angoisse aiguë, Mme R... est prévenue par l'une de ses sœurs cadettes que son père est en difficulté. Il aurait tenté de mettre fin à ses jours à trois reprises. Ayant appris cette nouvelle, Mme R... joint son père par téléphone et s'entretient avec lui près d'une heure et demie. Mais elle se dit déçue de leur conversation. Je découvre alors la nature du conflit familial. Le père de la patiente a abusé sexuellement de ses trois filles (attouchements sans viol). Jusqu'à présent, Mme R... n'avait jamais parlé à ses sœurs des attouchements qu'elle avait subis, pensant les protéger en leur épargnant une telle révélation. En réalité, des sentiments plus ambigus émergent. La patiente a toujours été appréciée de son père pour sa vivacité et sa réussite scolaire, et il lui semble avoir vécu les attouchements sexuels comme une relation privilégiée.

Observation n° 4 : À l'âge de 11 ans, Mme O... a subi des attouchements sexuels répétés commis par un voisin qui venait régulièrement au domicile de ses parents. Cet homme avait agressé d'autres enfants dans le village. La jeune fille se confie à ses parents qui alertent aussitôt les gendarmes sans porter plainte cependant. Mme O... garde le sentiment que ses parents voulaient étouffer l'affaire. Les faits sont ébruités. À la rentrée scolaire, on lui demande de confirmer les faits. « J'ai compris que ce ne serait jamais plus la même chose... Le fardeau c'était à moi de le porter... La culpabilité c'était à moi de la porter, je me sentais coupable du fait que j'étais agressée... »

Après l'agression, Mme O... ne supportait pas les sirènes, les bruits très aigus. D'après ses dires, ses résultats scolaires s'infléchissent. Elle connaît des difficultés d'adaptation. Son caractère change. Elle devient sauvage et se cache quand une voiture arrive. Ses parents lui avaient proposé une prise en charge psychologique, mais elle ne pouvait supporter d'aller voir un homme psychologue. Jusque récemment encore, elle choisit exclusivement des femmes

médecins. Lors de sa première grossesse, on lui avait proposé de me rencontrer, mais elle ne voulait pas voir un praticien masculin.

Je rencontre Mme O... environ un mois après la naissance de son fils Adrien. L'enfant n'était pas vraiment attendu : le couple évoquait la venue d'un deuxième enfant, mais Mme O... ne se sentait pas prête. Elle décrit la survenue d'une crise d'angoisse à la maternité, où elle évoque la peur de devenir folle et de tuer ses enfants. « J'étais dans la chambre avec le bébé... J'ai dit à la sage-femme de l'éloigner... J'avais peur de faire du mal au bébé. »

Mme O... présente d'importantes difficultés d'attachement auprès du nouveau-né. Pendant la grossesse, elle refuse toute lecture au sujet de la grossesse. Évoquant son séjour à la maternité, elle souligne qu'elle ne parvenait pas à voir de qui l'on discutait, lorsque la sage-femme parlait de son fils. Elle est envahie d'un sentiment intense de culpabilité et imagine différents scénarios : elle prend la voiture avec son bébé et il lui arrive un accident, qui ne serait peut-être pas volontaire, mais on le lui reproche... Elle a peur que son bébé tombe malade et qu'on le lui reproche... Elle associe le prénom de son enfant avec un terme négatif (compte tenu de l'utilisation d'un prénom de substitution, nous ne pouvons rendre compte de l'association que par un rapprochement : par exemple, Adrien vau(t)rien). Elle signale, sur un mode culpabilisé, des confusions entre les prénoms de ses deux enfants : « Au départ, j'appelais le bébé Aline », du nom de la fille aînée, âgée de 2 ans, « cela m'arrivait une fois de temps en temps, mais cela me mortifiait ! ».

Le suivi donne l'occasion d'évoquer plus en détail la grossesse de la fille aînée, Aline : une grossesse « horrible », passée alitée. « Je ne pouvais pas regarder la télévision sans voir une scène de violence qui me fasse hurler... Faire naître un enfant dans un monde pareil ! » La naissance d'une fille l'inquiète. « J'avais tellement peur pour cette enfant... Le fait que ce soit une fille, qu'il lui arrive quelque chose... Qu'on l'enlève, qu'on la kidnappe... » Déjà, lors du premier entretien, elle avait évoqué l'agression sexuelle, et sa crainte de la répétition. « J'ai toujours peur de ne pas être capable de les défendre... peur qu'ils me voient faibles devant un danger éventuel... Je me dis qu'en les gardant à la maison, ils risquent moins... » Elle évoque la surprotection dont fait l'objet sa fille Aline, sa difficulté à supporter et à surmonter la séparation.

Au total, il s'agit d'une dépression postnatale chez une femme ayant subi des attouchements sexuels dans l'enfance. Lors de la première grossesse, Mme O... apparaît particulièrement vulnérable à l'évocation de toute forme de violence ; elle se trouve hantée par la répétition du traumatisme. Après la naissance, elle se trouve dans un état d'hypervigilance et de surprotection anxieuse auprès de sa fille aînée. À l'âge de 2 ans, celle-ci semble présenter des difficultés de séparation-individuation. La deuxième grossesse reste difficile à investir, comme si la présence de ce deuxième enfant empêchait Mme O... d'exercer la vigilance nécessaire auprès de son premier enfant.

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 505

Observation n° 5 : Denise présente d'importants troubles de la personnalité. Elle a vécu une enfance malheureuse, maltraitée par ses parents qui la battaient, et violée par un inconnu à l'âge de 12 ans. Elle présente son mari comme l'homme qui l'a « sauvée de ses problèmes », mais cet homme, lui-même très fragile, suivi par un psychiatre du secteur pour des dépressions sévères avec tentative de suicide, possède des repères flous dans le domaine de la parenté : il a vécu et il a eu des enfants simultanément avec son ex-femme et sa belle-sœur (inceste de deuxième type).

Denise a eu trois enfants de son mari. Le premier que nous appellerons Jérôme est décédé accidentellement dans la cuvette des toilettes. Denise ne s'était pas rendue compte qu'elle était enceinte (dénû de grossesse). Elle avait eu ses règles bloquées à la suite d'un accident de mobylette et son médecin généraliste lui avait même prescrit des traitements pour régulariser ses cycles et avoir des enfants. « Je savais pas que j'étais enceinte... J'ai réveillé mon mari pour lui dire qu'il y avait un bébé dans la cuvette et plein de sang... Il a appelé les pompiers et le SAMU... Le plus dur, c'est qu'on m'a accusé de tuer mon enfant... Les gens ont dit que je l'avais tué, que je l'avais coupé en quatre, mis à la poubelle... » Denise garde de cet accouchement un souvenir traumatique. Elle revoit souvent l'image du bébé dans la cuvette des toilettes et le visage de Jérôme à la morgue.

La grossesse suivante est découverte fortuitement, au cinquième mois de grossesse. Elle n'a rien ressenti « comme les règles étaient bloquées » et elle consulte son généraliste pour des maux de tête et de la fatigue. Celui-ci fait confirmer la grossesse par une échographie. Denise ne s'attendait vraiment pas à être enceinte. Une troisième grossesse survient quelques années après, découverte tardivement, alors que des tiers incitent Denise à consulter en raison de l'absence de règles et d'une prise de poids.

Observation n° 6 : Catherine est enceinte de six mois. Elle est âgée de 20 ans. Elle a été violée pendant plusieurs années par son père. Les traumatismes sexuels semblent avoir cessé quelques mois avant la grossesse. Le géniteur l'a quittée au troisième mois de la grossesse : il voulait qu'elle avorte et il n'en était pas question. Catherine a porté plainte contre son père pendant la grossesse, comme si la gestation contribuait à lui donner la force psychique nécessaire. Son père est désormais en prison. Elle est animée de sentiments de haine à l'égard de celui qu'elle ne peut pas nommer comme son père, mais qu'elle désigne comme le « mari de ma mère », ou « lui ». Elle en veut également au père du bébé qui l'a abandonnée, et elle attribue les sentiments de tristesse qui l'envahissent à présent au départ de cet homme qu'elle aimait. Catherine se sent souillée, salie par les violences sexuelles qu'elle a subies. Lors des séances de relaxations entreprises avec une psychomotricienne, elle ne supporte pas le toucher de son corps, y compris lorsqu'elle l'effleure elle-même. Elle répugne à l'idée d'allaiter. Elle accouche par césarienne et connaît d'importantes dif-

ficultés pour toucher son enfant, qu'elle appelle « mon rot ». Lors du biberon, elle prête au nourrisson des sentiments d'hostilité à l'égard de son géniteur.

Psychiatrie infanto-juvénile

La pratique de la psychiatrie infanto-juvénile découvre enfin un troisième angle de vue, qui n'est guère uniforme mais confirme la pertinence du sujet. Le degré d'invasion de la problématique sexuelle s'y trouve éminemment variable, allant d'une distance relative à l'invasion totale. Ici, le traumatisme accentue le désir de fonder une famille « idéale ». Les déceptions y sont vécues d'autant plus douloureusement et la culpabilité ne tarde pas à apparaître lorsque la mère réalise par exemple qu'elle prive l'enfant de ses grands-parents.

Là, des éléments fantasmatiques semblent surgir et marquer du sceau de l'inconscient des décisions comme le choix du prénom. Ou bien, ils semblent s'immiscer dans les liens familiaux, et la mère de l'enfant écarte inconsciemment le père. Ailleurs, le vécu traumatique occupe crûment le devant de la scène. Le moindre geste de la fille la plus impubère est interprété comme une provocation sexuelle. Jusque son corps d'enfant est sexué sur le mode de la génitalité adulte. La proximité la plus anodine d'un homme est vécue sur le mode de la répétition traumatique. On s'étonne, dans ces cas extrêmes, de retrouver à travers les propos mêmes de la mère cette confusion de langue que Ferenczi [10] a décrite et que l'exercice en milieu pénitentiaire donne habituellement à entendre de la bouche des agresseurs sexuels. L'enfant semble alors exposé à un véritable danger.

La qualité de l'environnement familial transparaît aussi en filigrane : environnement « suffisamment bon », ou environnement défaillant. Les troubles psychiques de la femme occupent une place significative, mais la place du père révèle également toute son importance. Certaines femmes parviennent à s'appuyer sur leur conjoint et construisent une relation conjugale suffisamment étayante pour elles-mêmes et pour leur enfant. D'autres ne parviennent pas à construire de liens stables avec un homme. D'autres encore s'engouffrent dans une collusion avec un jeune homme lui-même agresseur sexuel (et, souvent, agressé dans l'enfance).

Observation n° 7 : Édouard, à peine 2 ans, est amené en consultation par sa mère – Élodie – pour des troubles du sommeil. Édouard a du mal à s'endormir le soir et, surtout, il réveille ses parents la nuit, parfois plusieurs fois dans la même nuit, et il est difficile de le calmer. Le pédiatre qui l'adresse a essayé plusieurs traitements sans succès... La situation familiale s'annonce complexe. La demi-sœur d'Édouard, Clara, fille de son père, est arrivée voilà quelques mois au domicile à la suite du décès de sa mère. Élodie avait une relation privilégiée avec cette jeune fille, mais la situation s'est gâtée à la suite de conflits entre elle et la mère de Clara (avant le décès de celle-ci), puis avec Clara elle-même. De plus, les grands-parents maternels de Clara ont attaqué en justice pour obtenir des droits sur l'enfant, alors qu'ils ne s'en occupaient pas auparavant. Élodie semble incapable d'assumer affectivement ces deux enfants.

Lors du premier entretien, Élodie précise qu'Édouard « n'a pas de grands-parents ». « On a essayé de trouver une "mamie" qui restait à la maison », mais cette femme n'était pas suffisamment fiable pour s'occuper d'Édouard, car elle était âgée : elle avait près de 80 ans. J'apprends alors que le père d'Édouard a perdu ses parents et que, du côté maternel, « on est fâché ». Lors de la deuxième rencontre, Élodie explique qu'elle a subi une relation incestueuse durant son enfance. Les troubles du sommeil régressent considérablement à partir de la troisième séance. Il sera précisé, lors d'un entretien ultérieur et en dehors de la présence de l'enfant, la nature des relations incestueuses. Le père est alcoolique, violent avec sa femme. Les attouchements sexuels, puis les viols répétés, depuis l'âge de 8 ans et demi jusque 14 ans et demi, s'accompagnent de menaces de mort en cas de révélation. À l'âge de 14 ans et demi, Élodie parle à sa mère qui refuse de porter plainte contre son mari ; elle consulte alors un gynécologue qui conseille de fermer la porte à clé tous les jours. Élodie quitte sa famille à l'âge de 18 ans. Elle poursuit des études, mais traverse une période de dépression. À 22 ans, elle rencontre son ami, alors qu'elle voulait mettre un terme à sa vie. Celui-ci la sort de la dépression. Ils vivent ensemble. Élodie a toujours eu envie d'un enfant, dès l'âge de 16 ans. Elle voudrait avoir une famille solidaire, très proche. Élodie exprime sa peur et sa culpabilité à l'égard d'Édouard, qu'elle prive de ses grands-parents ; elle craint ses reproches ultérieurs. Elle se plaint beaucoup de son ami, alors au chômage : il n'a pas voulu s'occuper de la garde d'Édouard après la naissance ; d'après elle, il néglige Édouard alors qu'il est aux petits soins avec sa fille aînée (orpheline de mère).

Observation n° 8 : Les parents consultent d'eux-mêmes pour leur fils Liroy. Celui-ci crie beaucoup, il se met des gifles, il est dispersé et les parents n'arrivent pas le canaliser. « On a tout essayé, même de retirer son doudou, cela n'y a rien fait... Il est capable se mettre un coup de tête sur la table... Pourtant, chez la nourrice, il est adorable... C'est pas la peine de l'avoir pour le taper ! » Lors de la première

consultation, j'apprends que Liroy est né prématurément au terme d'une grossesse qualifiée de stressante, qui s'est achevée au terme de 31 semaines. Avant lui, la mère a accouché prématurément, à 28 semaines, d'un autre enfant, Morgann (prononcer « Morgane »), décédé au deuxième jour de vie. La mère précise de suite que le prénom du frère aîné s'écrit en réalité avec deux « n », soit Morgann. « On voulait pas qu'on l'appelle Morgan mais Morgane... mais avec un "e", ça fait fille... » Après avoir posé quelques questions sur le décès de ce premier enfant, je m'interroge sur l'origine du prénom de Liroy, d'autant que je l'ai prononcé de façon erronée. « Ah, vous faites comme les autres (c'est-à-dire vous prononcez Li-roi, au lieu de li-rolle), c'est Liroy ! », s'exclame la mère. Les parents ont rencontré en Tunisie un homme avec lequel ils avaient sympathisé, et qui avait évoqué une dame française qui s'appelait Liloy. Lorsque le père a découvert le prénom de Liroy dans le générique d'un feuilleton télé, le couple en a discuté et l'a choisi pour leur deuxième fils. On note là encore la filiation avec un prénom d'origine féminine pour nommer un enfant de sexe masculin... L'entretien met en évidence un conflit familial important entre la mère de Liroy, les parents et le frère de celle-ci. Cette rupture familiale invite à préciser l'existence de souffrances au cours de l'enfance de la mère : celle-ci explique que son père était violent, « il y a même eu inceste ! ». Je ne précise pas davantage les traumatismes subis. Par ailleurs, l'histoire du père de Liroy est marquée par le décès d'un petit frère, à l'âge de 7 ans ; de son côté, la mère de Liroy a également perdu une petite sœur âgée de 5 mois. Enfin, une nourrice qui gardait Liroy a été choquée parce que l'enfant décalottait son sexe au cours du pipi. La mère explique : « Je lui laisse toucher le zizi... » Elle signifie par là qu'il n'a pas de tabou là-dessus et ajoute qu'il faut que l'enfant connaisse son corps. Il semble que la mère de Liroy soit très, voire trop attentive à l'hygiène du sexe de son enfant. L'examen de l'enfant met en évidence une instabilité psychomotrice, une attention labile, avec un développement affectif et cognitif normal. Le suivi consiste principalement en une guidance des parents. À la troisième séance, le père n'assiste pas à l'entretien, car Liroy est transformé : il trouvait inutile de se rendre au rendez-vous puisque tout allait bien à présent. En revanche, la mère a souhaité venir à la consultation pour m'informer des progrès constatés. Liroy ne présente plus de conduite d'opposition, sa mère n'a plus de difficultés pour s'occuper de lui et ne craint plus de passer la journée entière du mercredi en sa compagnie. Les parents attribuent ce progrès au fait qu'ils ont pris la décision de s'installer sur le terrain qu'ils possèdent à la campagne afin de réaliser leur rêve : vivre dans un mobil-home. Cette évolution coïncide également avec la deuxième consultation.

Observation n° 9 : Jacques, 5 ans, est accompagné en consultation par sa mère, Mme G..., car il est turbulent à l'école. Jacques a déjà consulté un psychiatre pour des difficultés de séparation, lorsqu'il était âgé de un an et demi. C'est un enfant immature, instable,

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 509

qui a tendance à s'opposer, et dont on ressent l'agressivité à travers les jeux. Il n'a pas encore acquis la propreté de nuit. D'après la mère, il n'y a qu'au cours de danse qu'il est adorable : elle n'a eu que des compliments ! Mme G... a du mal à créer un espace psychique suffisant pour son fils, à le laisser se différencier d'elle. Elle apparaît intrusive ou contradictoire dans ses directives. Par exemple, elle accède précipitamment à des demandes d'autonomie de son fils que celui-ci ne pourra pas tenir... Mme G... a été victime de sévices physiques et sexuels perpétrés par son beau-père durant son enfance. Cette femme, dont la bonne volonté ne fait aucun doute mais qui a tendance à percevoir le monde environnant sur un mode d'hostilité, a le désir de fonder une famille nombreuse. Elle donne l'impression que, pour se séparer d'un enfant, il lui faut en concevoir un autre. Mais aussi elle voudrait faire ce que ses parents n'ont pas réussi à faire : avoir une famille dont les membres ont des liens d'affection entre eux. La famille nombreuse incarne, selon elle, l'image de la complicité entre les enfants. Le suivi de Jacques donne l'occasion d'aborder les autres grossesses, en particulier la première. Après le premier accouchement, Mme G... a tenu son mari à distance. Elle refusait que celui-ci approche de sa fille Caroline, ou qu'il la touche. Le père de l'enfant ne pouvait dispenser aucun soin : tout juste avait-il le droit, en présence de la mère, de porter l'enfant lors du bain ou lors du change. Vers l'âge de 1 an, dès qu'un homme de la famille approchait, Caroline hurlait. Mme G... explique aussi qu'à chaque grossesse cela revient, quelque chose se réinstalle : « La maternité, je l'attends avec impatience, et quand elle est là, c'est plein de douleurs... Je suis très malade enceinte, mais j'ai mon bébé à moi... Tous les problèmes viennent de quand j'étais petite. »

Observation n° 10 : Lorsque je rencontre Charlotte, c'est en relais d'une collègue qui vient de quitter le service. Celle-ci l'avait reçue pour la première fois il y a environ un an en raison de difficultés de socialisation prédominant en milieu scolaire. Elle était adressée par l'assistante sociale du secteur pédopsychiatrique. Le bilan psychologique montrait un âge de développement global fixé à 8 ans et 7 mois pour un âge réel de 10 ans et 10 mois. Le QI s'élevait à 73 (QIP = 71 ; QIV = 82). Charlotte avait été suivie antérieurement : à l'âge de 2 ans, par un pédopsychiatre, pour des colères qualifiées de « crises de nerfs » ; de l'âge de 5 ans jusque l'âge de 8 ou 9 ans, par un psychologue scolaire ; puis à nouveau par un psychiatre qui avait évoqué l'existence d'un syndrome dépressif. Le suivi effectué par ma collègue avait été marqué par la verbalisation de relations sexuelles imposées par un cousin, et qui étaient vécues avec honte et culpabilité. Il était également noté du côté maternel un antécédent de viol collectif dont Charlotte ignore toujours l'existence. Lorsque nous faisons connaissance, Charlotte reste marquée par la mort de son chien, qui a dû être piqué par un vétérinaire... L'humeur est dépressive et le deuil de l'animal semble évoluer sur un mode pathologique. Je ren-

contre la mère seule, car le(s) traumatisme(s) subi(s) semble(nt) influencer sa parentalité. La mère de Charlotte commence par expliquer sa sexualité précoce : « On a commencé à coucher très tôt avec les garçons, vers l'âge de 12 ans... » Elle évoque le viol collectif, commis par trois personnes, auquel a assisté l'une de ses sœurs. Ce viol ne semble pas avoir entraîné de syndrome de répétition, mais Mme V... ressent de la haine pour cette sœur depuis cet événement. Elle raconte aussi qu'un autre fait est revenu à sa mémoire lors de la grossesse de Charlotte : « À ma fille, mon passé revenait... si... avec mon frère qui une fois avait sauté sur ma sœur (pour la violer). » Ce frère plus âgé, qu'elle ne veut plus voir, l'avait également obligée à se masturber. Mme V... explique aussi qu'après la naissance de Charlotte elle ne voulait pas que son mari change sa fille : « J'ai toujours peur... C'est pas possible... Mon mari est normal... mais je ne peux pas... J'admettrai jamais que ma fille se mette en minijupe... Le garçon, je suis moins... Pour ma fille, c'était moi, moi, moi, personne d'autre qui avait le droit d'y toucher... » Encore aujourd'hui, le passé continu à hanter sa mémoire, par exemple lorsque sa fille et son fils sont tous les deux dans leur chambre, là-haut : « Je me dis qu'ils vont faire quelque chose », elle y monte, ils lisent un livre, ils sont tranquilles, je me dis : « C'est pas parce que toi tu as vécu cela qu'ils vont vivre la même chose. »

Observation n° 11 : Marianne, 7 ans, est soignée pour des troubles du comportement avec opposition et provocation, et pour une difficulté majeure d'adaptation et d'apprentissage à l'école, dans le cadre d'une évolution dysharmonique. L'observation montre aussi combien Marianne est envahie par la sexualité. Elle embrasse un autre enfant sur la bouche ; touche une fille au sexe ; ces enfants ont eux-mêmes vécu des traumatismes... La mère de Marianne a été agressée sexuellement par son beau-père pendant son enfance (sans précision, probablement s'agit-il de viols répétés). Le discours maternel est marqué par la crainte envahissante de la répétition du traumatisme sexuel. Avant qu'une psychologue la conseille, cette femme vérifiait régulièrement l'hymen de sa fille, discrètement semble-t-il, à l'insu de sa fille... Aujourd'hui, elle ne supporte pas que sa fille ait des gestes tendres sur les genoux d'un homme ; elle la retire immédiatement. Lorsque Marianne danse, elle interprète les mouvements de sa fille comme des provocations sexuelles susceptibles d'aguicher l'homme. Un homme pointe du doigt sur la poitrine totalement impubère de sa fille : il n'a pas à toucher ses seins ! Le soir, elle ne supporte pas que son compagnon approche du seuil de la chambre où dort Marianne : « J'ai failli lui sauter à la gorge », précise-t-elle. L'espace maternel est complètement envahi par le traumatisme sexuel passé. Le langage de la tendresse enfantine ne peut parvenir à s'exprimer. Le discours maternel paraît littéralement identifié au discours d'un agresseur sexuel : il confond la tendresse de l'enfant avec le langage sexuel de l'adulte.

PASSÉ SEXUEL TRAUMATIQUE ET PARENTALITÉ :
QUELLE APPROCHE EN MATERNITÉ ?

Une approche linéaire du lien de causalité qui unit le passé traumatique sexuel de la femme et la parentalité qu'elle exerce est absolument impossible. L'étude de chaque cas doit prendre en compte l'ensemble des données psychodynamiques qui marquent le cours du développement. La découverte d'un traumatisme sexuel dans les antécédents de la mère ne saurait rendre compte de l'ensemble des difficultés, voire des troubles rencontrés chez l'enfant. Néanmoins, cette impossibilité à établir une causalité directe ne doit pas conduire à négliger ce point de l'anamnèse, dont on observe clairement les effets au cours de la période périnatale et lors de la petite enfance. Cette particularité de l'histoire maternelle est susceptible d'imprimer sa marque au long du développement de l'enfant, parfois de façon prédominante.

Schématiquement, il faut distinguer plusieurs niveaux.

En premier lieu, comme cela a déjà été souligné, les traumatismes sexuels ont une importante morbidité psychiatrique. Darves-Bornoz [8] a insisté sur les conséquences psychiques des syndromes traumatiques du viol et de l'inceste : cet auteur rapporte des troubles de la personnalité secondaires à de tels traumatismes (troubles phobiques et dissociatifs ; troubles limites de la personnalité). Or ces troubles retentissent sur l'exercice de la parentalité. Les praticiens connaissent les difficultés importantes que rencontrent par exemple les *personnalités limites* dans ce domaine. Ailleurs, les symptômes post-traumatiques, l'anxiété ou la dépression envahissent les mères et altèrent leur capacité à offrir un environnement psychoaffectif suffisamment bon à leur enfant, alors même que le traumatisme maternel suscite parfois un vif désir de réparation. D'autres aspects apparaissent encore comme la question du risque d'addiction. Horrigan [15] trouve une corrélation positive entre abus sexuel ou maltraitance physique, addiction et dépression sévère. C. Fogel [11], dans son expérience auprès de femmes enceintes incarcérées, retrouve également cette corrélation entre abus de substance

et traumatisme sexuel de l'enfance. Ces différents aspects influencent le déroulement somatique de la grossesse et, par conséquent le développement physique de l'embryon ou du fœtus, soit par l'intermédiaire des facteurs de stress, soit en raison de la circulation sanguine de substances exogènes nocives (alcool, toxiques).

Bien entendu, la présence de l'agresseur sexuel au sein ou à l'extérieur de la constellation familiale doit être prise en considération (par exemple, l'agresseur sexuel de la mère est-il le grand-père de l'enfant à naître ?), ainsi que la nature des agressions sexuelles, leur caractère répété, l'association à d'autres violences, en particulier physiques, ou encore l'exposition à des carences affectives, etc.

L'impact du traumatisme sexuel passé s'apprécie également dans d'autres domaines qui intéressent de près ou de loin le développement présent ou futur de l'enfant, comme la sexualité, le désir d'enfant, la capacité à nouer un lien stable avec l'homme, la relation avec les grands-parents de l'enfant.

D'autres aspects psychodynamiques restent à explorer, parmi lesquels figurent notamment l'importante question des identifications féminines, ou celle de la différence des générations.

Mais aussi certaines perturbations précoces du lien mère-enfant s'organisent très tôt autour de la question du traumatisme sexuel, comme l'impossibilité d'allaiter, l'impossibilité de confier les soins de l'enfant au père, la peur de la répétition du traumatisme et l'hypervigilance anxieuse qui l'accompagne, etc. Il importe de repérer ces difficultés très concrètes dans le cadre d'une action de prévention en maternité.

Nous bénéficions pour cela de l'expérience des auteurs, sages-femmes ou infirmières, qui, dans le domaine de la pratique obstétricale, se sont intéressés à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement des victimes d'abus sexuels de l'enfance. Le témoignage, publié en 1992, d'« Anna Rose » semble avoir stimulé vigoureusement cette recherche. Sous ce pseudonyme, une femme, jadis abusée à de multiples reprises, a fait part avec une grande sensibilité et finesse des émotions qu'elle a ressenties au cours de ses deux grossesses [23]. D'autres témoignages, comme celui de C. Birthkit (1994) [27] ou d'Ellen Phoenix (1996) [21], ont été publiés par la suite.

Ils sont une indication précieuse sur le ressenti de ces femmes. Parallèlement, plusieurs enquêtes ont été effectuées. Westerland (1992), cité par J. Roussillon [24], a interrogé par questionnaire 43 femmes ; 10 d'entre elles ont participé à des entretiens. J. Parratt (1994) a interrogé 6 femmes et analysé leur expérience de l'accouchement [20]. Rhodes et Hutchinson (1994) ont mené une étude portant sur 7 victimes, 5 sages-femmes et 3 infirmières [22]. Burian (1995) recueille le témoignage de 7 victimes et de 2 soignantes [4]. À côté de ces études, des articles ont insisté sur l'attention particulière qu'il faut porter à ces femmes et ont suggéré différents repères pour les soins : C. Courtois et C. Riley (1992), J. Kitzinger (1992), L. Grant (1992), P. Simkin (1996), K. Kendall-Tackett (1997), J. Roussillon (1998), etc. En France, dans un esprit analogue, le sujet a notamment été introduit avec la publication, par la revue *Les Dossiers de l'obstétrique* (1999), d'un ensemble d'articles consacrés au sujet [27].

Chez un grand nombre de femmes, la grossesse est susceptible de déclencher des souvenirs des abus sexuels. Les femmes peuvent éprouver des sentiments de « perte de contrôle » de leur corps, des sentiments de honte ou des sentiments négatifs à l'égard de leur capacité procréatrice. Les examens pelviens répétés au cours de la grossesse peuvent induire une souffrance indicible. « La pire partie de la grossesse, pour moi, c'est l'examen pelvien... Il faut se déshabiller, se coucher, écartier les jambes pour que tous voient, se faire enfoncer le doigt et tâter par n'importe quel médecin ou étudiant qui se permet tous les caprices pour examiner mon vagin... Je souffre en silence », rapporte Ellen Phoenix [21]. Anna Rose décrit tragiquement la façon dont le manque d'attention de la sage-femme ou du médecin peut, au cours de l'examen au spéculum, favoriser l'expression de terribles souvenirs traumatiques : « L'intrusion approximative et rapide du spéculum froid en métal a été effrayante et l'ignorance qu'elle avait de ma douleur m'a rappelé les abus de mon enfance d'une façon étrangement et inconfortablement familière. Je me suis sentie aussi impuissante et délaissée qu'à ces heures. Le spéculum froid en métal me donnait la même sensation que le pistolet que mon cousin avait enfoncé dans mon vagin pour me violer, à l'âge de 10 ans » [23]. Certaines femmes peuvent réagir avec

véhémence au cours d'un examen gynécologique : le soignant doit savoir interpréter cette plainte subite, qui apparaît volontiers disproportionnée si on ne la resitue pas dans son contexte. Les remaniements psychiques de la grossesse rendent probablement cette population de patientes plus vulnérable à la remémoration du traumatisme.

Concernant l'accouchement, différents styles de travail et des craintes spécifiques ont été identifiés. Là encore, l'expérience de la naissance peut faire remonter un mélange de sentiments relatifs à l'inceste. Certaines rescapées de traumatismes sexuels de l'enfance décrivent une méfiance ou une mise à distance de leur corps au cours de ce moment, comme l'illustre le témoignage éloquent d'Anna Rose (1992), qui nous décrit « de l'intérieur » un exemple de dissociation. L'intensité des contractions augmentait et la progression du travail se faisait si vite qu'Anna Rose se sentait désemparée et effrayée. Au fur et à mesure, elle se retranchait au fond d'elle-même, en dehors de son corps. Son esprit était assailli par les images du viol qu'elle avait subi à l'âge de 2 ans quand un parent plus âgé de sa mère l'avait déchirée du haut de son clitoris jusqu'au bas de l'urètre. Elle entendit comme dans un brouillard la sage-femme lui dire : « Vous êtes en sécurité, vous n'êtes pas violée... Votre bébé a besoin de vous pour le pousser dehors. » Mais sa panique était si intense qu'il ne lui était plus possible d'être présente. Elle avait l'impression de regarder la scène entière de l'extérieur de son corps, comme si ses yeux étaient montés au plafond. Alors la sage-femme lui a saisi la cuisse fermement et lui a indiqué : « Anna, j'ai besoin de vous pour rester présente ici. Regardez-moi, Anna. Le bébé a besoin de vous pour rester ! » Cette fois, la soignante qui connaissait l'histoire d'Anna avait trouvé les mots justes qui lui permirent d'accoucher efficacement [23].

La question du contrôle et de la domination par autrui occupe une place centrale. Au cours de l'abus sexuel, la victime a perdu le contrôle d'elle-même et elle a subi la domination d'un personnage plus fort – la femme retrouve ces émotions au cours de l'accouchement. Elle tend à surmonter le stress traumatique en utilisant les mécanismes de défense employés autrefois, lors des abus. Quatre types de réactions ont été décrits. L'*agressivité* et la *tyrannie* sont une révolte

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 515

contre la soumission à l'autorité et sont une façon détournée de garder le contrôle. La *soumission* représente une solution diamétralement opposée : la femme accepte de coopérer absolument pour s'adapter à la situation stressante. Avec la *ritualisation*, la femme contrôle son accouchement en régulant chaque minute. Enfin, dans d'autres cas, la survenue d'un *état de crise* oblige le soignant à abandonner l'activité en cours : celui-ci perd sa position de dominant. L'identification du style de « coping » (stratégie employée pour « faire face ») adopté par la femme lors des abus pourrait avoir un certain caractère prédictif des réactions de la femme au moment de l'accouchement [22, 4, 27].

L'allaitement a fait l'objet de quelques études. Les soignants ont remarqué l'anxiété des femmes à l'égard de l'allaitement. Outre le fait récurrent que l'allaitement peut déclencher des souvenirs de l'abus, ces femmes semblent volontiers mal à l'aise avec les sensations que déclenchent les tétées : contractions vaginales ou utérines, sensations sexuelles, etc. Certaines admettent de donner le sein à une fille, mais répugnent à l'idée d'allaiter un garçon, en raison du rapprochement jugé incestueux. D'autres sont dégoûtées par l'allaitement, quel que soit le sexe de l'enfant. Des réactions opposées sont néanmoins possibles. Nous avons observé le cas d'une mère qui allaitait ostensiblement son enfant – un garçon – jusque l'âge de 8 mois et demi ; elle l'embrassait fréquemment sur la bouche, ce qui reste peu fréquent dans notre pays.

Concernant les interactions précoces mères-enfants, nous avons noté à plusieurs reprises la difficulté très vive et envahissante que rencontrent certaines femmes : elle ne peuvent pas faire confiance à leur conjoint et se trouvent dans l'incapacité de lui confier les soins du nourrisson (cette difficulté semble plus nette encore avec le premier enfant). Elles sont hantées par la crainte de la répétition du traumatisme. Cet état entraîne volontiers une hypervigilance anxieuse, mais aussi, dans certains cas, les mères contribuent à l'envahissement sexuel de l'espace psychique de l'enfant. Le traumatisme sexuel est omniprésent. La mère initie prématurément son enfant au langage de la sexualité adulte. Les attitudes ou les gestes de l'enfant sont interprétés dans le langage sexuel des adultes. Nous retrouvons la confusion des langues

décrite par Ferenczi. Parfois, les soins du sexe de l'enfant semblent avoir une dimension intrusive. Nous avons signalé, dans un cas, une féminisation du prénom, dont nous ignorons si elle se rattache aux antécédents maternels d'abus sexuels. Par ailleurs, lorsque l'enfant grandit et que l'abus maternel est survenu à l'intérieur de la famille, la mère s'interroge sur les relations à établir entre l'enfant et ses grands-parents. Si elle a rompu les liens avec l'environnement familial, elle semble volontiers désemparée et culpabilisée à l'idée de priver son enfant de ses ascendants maternels. Elle ne peut constituer une famille « ordinaire », ce qui augmente sa détresse et accentue sa blessure. Dans d'autres situations, des relations plus ambiguës sont repérées. Les liens avec l'agresseur maternel sont maintenus, en négligeant le danger potentiel qu'il constitue, et au risque d'exposer l'enfant.

Enfin, se pose la question de l'inscription de l'interdit de l'inceste. Dans un cas qui ne figure pas dans l'étude, les tests projectifs pratiqués par la psychologue ont montré une inscription médiocre de l'interdit de l'inceste. C'est d'ailleurs à l'occasion de la passation de ce bilan que la mère de l'enfant a évoqué pour la première fois les traumatismes sexuels subis durant sa propre enfance.

Ces différents aspects confirment l'intérêt du dépistage et de l'accompagnement dès le stade de la grossesse. Reste à en déterminer les acteurs et les modalités. Il apparaît clairement que ce dépistage ne concerne pas seulement les psychiatres ou les psychologues travaillant en maternité. Un dépistage plus large, intéressant l'ensemble des grossesses suivies en maternité, devrait pouvoir être envisagé sous la responsabilité des sages-femmes et des obstétriciens. Une guidance périnatale appropriée, dont il reste à définir le programme, pourrait alors être proposée dans l'espoir de réduire les éventuels risques psychiques encourus par l'enfant à naître, et afin d'améliorer l'orientation des cas vers le praticien psychiatre ou psychologue. Les différentes recherches présentées ci-dessus s'inscrivent dans cette perspective d'un dépistage prénatal des antécédents de traumatismes sexuels en vue d'une guidance adaptée.

Des outils de dépistage, sous forme de questionnaires simples, existent. J. Roussillon [24] présente un question-

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 517

naire en six questions, validé par l'*American College of Nurse-Midwives* (Bohn et Holz, 1996). Ce genre d'instrument pourrait être utilisé à titre systématique au sein de la maternité, lors du suivi de la grossesse, afin de détecter la population concernée. Mais cet usage reste sujet à caution. Pour certains, cette enquête anamnétique n'est pas dépourvue de violence. Le procédé revêt un caractère volontiers déshumanisé. De surcroît, certaines victimes se sentent incapables de confier un tel secret dans le cadre d'une enquête. Enfin, l'emploi systématique d'un questionnaire de dépistage suppose une grande cohérence de l'ensemble de l'équipe obstétricale sur ce point, afin de tenir compte de la découverte du traumatisme au sein de la prise en charge obstétricale (adaptation de l'examen obstétrical, souci de l'intimité de la femme, accompagnement du travail, etc.). Un travail préalable d'information, de formation et de préparation de l'ensemble de l'équipe soignante s'impose par conséquent, y compris dans l'hypothèse où un petit groupe de soignants se « spécialiserait » dans un accompagnement obstétrical des femmes victimes de traumatisme sexuel de l'enfance.

Une solution alternative, qui souscrit à la proposition du dépistage systématique, consiste à laisser la sage-femme ou l'obstétricien recueillir cette information, soit dans le cadre de l'anamnèse, soit dans un autre contexte, formalisé ou non. Par exemple, on pourrait imaginer que le soignant s'enquiert avec délicatesse de cet antécédent dans la perspective de l'examen gynécologique, afin de ne pas blesser psychologiquement les victimes. Il pourrait alors se référer à l'expérience générale pour en venir ensuite au cas singulier, par exemple : « Certaines femmes ont du mal à supporter l'examen gynécologique parce qu'elles ont été blessées dans leur intimité... Est-ce votre cas ?... Je préfère m'en assurer... N'hésitez pas à me dire si vous ne supportez pas cet examen. » Même lorsque la femme ne livre pas son histoire traumatique, elle sait qu'elle peut compter sur un examinateur attentif, prêt à respecter sa souffrance. Elle apprend à travers ce questionnement qu'il est possible d'en parler.

Comme le souligne K. Holz [14], c'est une erreur de poser nombre de questions précises lors de l'anamnèse médicale en excluant la question des traumatismes sexuels : cette attitude

cautionne en effet la croyance selon laquelle ce type de traumatisme importe peu, qu'il est sans conséquence et qu'il n'y a aucune valeur à le mentionner. Poser des questions directes, mais avec sensibilité, au sujet des abus sexuels a par conséquent une grande importance. Le silence n'est en rien une attitude neutre. Le dépistage des antécédents de traumatisme sexuel apparaît finalement aussi indispensable en gynécologie-obstétrique qu'en psychiatrie, car il représente un facteur étiologique important que le médecin ne peut se permettre de négliger.

On peut s'interroger cependant sur le caractère « systématique » du dépistage en obstétrique, notamment dans le cadre de la grossesse, puisque la plupart des suivis intéressent des femmes en bonne santé. Faut-il stigmatiser les traumatismes sexuels et les présenter comme une fatalité, au risque d'induire une méfiance permanente à l'égard du genre masculin et d'attaquer la fonction paternelle ? Convient-il de préférer un dépistage clinique au « cas par cas » à partir d'une « grille de lecture » qui orienterait le dépistage ? Différentes publications de sages-femmes ont présenté des listes de signes d'appel, qui doivent faire évoquer cet antécédent [14, 26, 27]. Certains préféreront cette solution malgré tout plus aléatoire. Le compromis le plus satisfaisant serait-il alors : oui, au dépistage systématique, mais le dépistage systématique ne repose pas toujours sur un interrogatoire explicite, il peut également inclure une démarche implicite, une observation, une attention particulière à ce questionnement ?

Quelles que soient les modalités du dépistage « systématique », il apparaît avant tout que l'esprit dans lequel il se trouve effectué est essentiel. Le dépistage doit être fondé, d'une part sur les qualités d'écoute et sur la capacité d'empathie du soignant (qui doit pouvoir s'identifier à la souffrance et aux besoins de la patiente sans se laisser déborder émotionnellement), d'autre part sur une connaissance « technique » suffisante du sujet. Alors le dépistage peut constituer le premier temps d'une stratégie de soin, qui est à son tour réfléchie et évaluée.

Courtois et Riley (1992) suggèrent par exemple que cette population de femme reçoive une information plus détaillée sur les données physiques de la période périnatale. Ils recom-

mandent également que les soignants soient avertis de l'émergence possible des souvenirs traumatiques lors de la grossesse ou de la naissance. D'autres auteurs soulignent le besoin de soutien et de réassurance au cours de l'allaitement.

Karen Holz [14] donne d'intéressants conseils pour accompagner les femmes victimes par le passé de traumatismes sexuels. Son article illustre bien le souci et l'attention qu'elle a à l'égard de cette population : le dépistage implicite ou explicite qu'elle entreprend au cours de l'examen gynécologique ou obstétrical la conduit à un accompagnement spécifique, néanmoins circonstancié : par exemple, elle souligne au passage que toute crainte de l'examen pelvien ne doit pas faire évoquer systématiquement un traumatisme sexuel, mais aussi plus simplement, une expérience antérieure mauvaise avec un praticien mal expérimenté ou négligent.

Plusieurs points importants sont traités dans cette publication et méritent d'être rapportés.

Cette sage-femme consacre un intéressant paragraphe à l'examen physique de la patiente, en particulier l'examen pelvien. Ce dernier fournit une occasion d'évaluer la survenue possible de traumatismes antérieurs. Mais, surtout, l'examineur doit veiller à l'effectuer avec une attention particulière. Le confort de la patiente est recherché dès le déshabillage. Le soignant peut s'informer de la tolérance à l'examen pelvien, ce qui ne signifie pas pour autant qu'une femme qui n'a aucune difficulté à le supporter n'est pas une rescapée d'abus sexuel. Lorsque la femme se montre réticente ou effrayée par les touchers pelviens, il convient d'adapter la technique. K. Holz propose que la femme participe à l'examen en apprenant notamment à contrôler la détente de ses muscles pelviens. L'auteur remarque néanmoins qu'il faut éviter d'utiliser des expressions comme « Détendez-vous » qui risque d'avoir des connotations traumatiques. L'examineur parle au cours de l'examen en expliquant ce qu'il fait, en impliquant la femme dans l'examen (contrôle de la détente musculaire, main appliquée sur la face interne de la cuisse), il choisit du matériel adapté (petit spéculum) qu'il utilise à *minima* (ouverture réduite), il insère très lentement ses doigts ou l'instrument qu'il utilise. Lorsque la tension est trop grande, il est parfois utile de reporter l'examen en associant la

femme à la prise de décision. Lorsque la femme n'émet aucune objection à l'examen mais paraît absente, lointaine, vide, répondant mal aux questions lors du toucher vaginal ou de l'examen au spéculum, le soignant doit penser à un état dissociatif : l'esprit s'enfuit loin du corps, comme nous l'avons déjà souligné précédemment.

Lors de telles situations de dissociation, qui peuvent survenir aussi au moment de l'accouchement, il faut aider la femme à retrouver son contrôle. L'examineur doit lui parler, expliquer exactement ce qu'il fait, lui rappeler qu'elle est en sécurité, et lui proposer d'arrêter l'examen : « Je vous sens loin en ce moment et il est clair que vous êtes ici, dans le bureau, avec moi... Vous êtes en sécurité... Je peux m'arrêter si vous le souhaitez ! »

K. Holz signale également, en six points, comment s'y prendre pour venir en aide aux femmes lorsqu'elles sont confrontées à une remémoration traumatique. Les techniques comprennent : 1 / permettre à la femme de décrire le souvenir ; 2 / lui rappeler qu'elle est maintenant en sécurité, qu'elle est en train de se rappeler l'événement, qu'elle ne le ré-expérimente pas et qu'elle n'est pas seule ; 3 / rester proche mais ne pas la toucher physiquement sans son autorisation ; 4 / lui assurer qu'elle est crue et que l'événement s'est réellement produit ; 5 / l'aider à retrouver la réalité par des questions concrètes ; 6 / ne pas la laisser seule. Selon la situation, elle peut avoir besoin d'aide : thérapeute ou autre appui [14].

Nous avons une autre illustration tout à fait intéressante de l'accompagnement par la sage-femme d'une remémoration traumatique dans un article de Lecky-Thomson (1995) – dont un large extrait est traduit [27]. La femme accouche, c'est une superbe naissance. Cependant, au moment où la sage-femme se met à suturer une petite déchirure, les conditions de l'examen ramènent à la mémoire de la mère un vécu traumatique (abus par le grand-père). La sage-femme, très sensible à la douleur psychique de sa patiente, dans un mouvement d'empathie créative, a alors l'idée d'impliquer celle-ci dans les soins. « Je l'ai donc assise à côté de moi et l'ai "embauchée", de façon à la rendre plus active : de petites choses, elle pouvait tenir la lumière, la diriger vers moi parfois, tenir le miroir et m'indiquer quand je pouvais infiltrer et poser les sutures,

quel aspect devait avoir son périnée ensuite. Par ces suggestions, elle partageait et même me régentais un peu. [...] Je pensais que cela durerait des heures mais elle se tourna vers le bébé et se mit à bavarder, tout à fait détendue, avec son compagnon ou avec moi, et je fis les points de suture sans difficulté » [27]. Ces soins ont sans doute été un ferment essentiel pour la construction du lien mère-enfant. Aider à surmonter un épisode dissociatif ou une reviviscence post-traumatique constitue probablement une action de prévention d'une grande valeur pour l'avenir psychologique d'un enfant (au regard par exemple des théories de l'attachement). Ce propos obstétrical a donc bien sa place dans une étude psychiatrique.

Dans un autre registre, J. Roussillon [24] propose une guidance périnatale plus structurée à partir des trois étapes de guérison du traumatisme que Herman (1992) a décrites. Les individus passent par un processus en trois stades. En premier lieu, la femme doit établir un sentiment de sécurité dans sa vie, à la fois dans ses relations interpersonnelles et dans son environnement. Deuxièmement, elle a besoin de reconstruire ses souvenirs, de dire son histoire, et de pleurer les pertes que les abus ont entraînées dans sa vie. Enfin, elle doit développer un nouveau sens de soi et se reconnecter avec le monde environnant. Ces stades n'évoluent pas de façon linéaire ; ils peuvent se déplacer, y compris au cours de la période périnatale.

Pour cet auteur, c'est à l'aide de questions simples que les soignants identifient le stade auquel la femme se trouve, par exemple en lui demandant si elle se sent en sécurité dans sa maison, ou dans d'autres secteurs de sa vie. Les réponses données permettent d'évaluer les ressources de la femme. Les soignants adaptent la guidance à ses besoins. Une femme qui ne satisfait pas encore ses besoins élémentaires de sécurité peut avoir davantage de difficulté pour intégrer une information précise. Celle qui est engagée dans la deuxième étape du processus de guérison, et qui a besoin de reconstruire sa mémoire en disant son histoire, a davantage besoin d'être informée, en particulier sur le risque de résurgence du passé ; il est souhaitable d'identifier avec elle ses mécanismes de « coping » préférentiels ; elle peut également tirer profit d'un groupe de soutien. Enfin, la femme qui évolue vers la troisième étape gagne à être renforcée dans sa nouvelle identité maternelle ;

elle bénéficie des conseils qui lui permettent de faire face aux diverses craintes concernant la parentalité.

Dans cette perspective, la guidance repose sur des informations et des conseils qui permettent d'anticiper les différentes étapes de la grossesse et du post-partum, et les stratégies à mettre en place afin de faire face aux éventuelles difficultés. La patiente est alertée sur les sentiments qui peuvent traverser son esprit et son corps, sa sexualité, etc. Les différentes explications concernant la fréquence, le contenu et la nécessité des examens pelviens et abdominaux pendant la grossesse, la présence de contraction vaginale ou utérine pendant l'allaitement, etc., permettent de réduire l'inquiétude qu'ils suscitent. Les soignants peuvent également contribuer à améliorer le confort des examens obstétricaux, en favorisant des positions plus intimes. La guidance contribue ainsi à une image positive du corps, dont il est possible de percevoir les signaux, et pour lequel il est autorisé de s'intéresser et de s'inquiéter de façon responsable.

Cette proposition de Jill Roussillon fait une part importante à l'articulation entre l'évaluation du stade de déconstruction-reconstruction psychique de la victime et l'adaptation d'une guidance fondée en partie sur l'anticipation. Ce lien mérite d'être souligné : une guidance fondée sur la seule anticipation présenterait, chez certaines femmes au moins, le risque de raviver l'angoisse en anticipant le danger...

CONCLUSION

Dans cette étude, les onze observations présentées illustrent les difficultés que l'on rencontre – en psychiatrie adulte, périnatale, ou infanto-juvénile – chez les enfants de mères au passé sexuel traumatique et chez les mères elles-mêmes. Certaines femmes souffrent d'avoir été sexuellement abusées. Lorsqu'elles attendent un enfant, la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et les soins du nourrisson risquent de raviver ce passé sexuel traumatique, notamment en faisant remonter à la surface des souvenirs antérieurs. Elles sont alors exposées à des émotions parfois violentes ou pénibles

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 523

auxquelles elles ne sont pas préparées, qui ont une certaine spécificité et qui semblent influencer leur relation à l'enfant. La manière d'accompagner cette population de femmes doit tenir compte de cet événement, portant une attention toute particulière à la réalisation des examens pelviens, au respect de l'intimité, offrant à la femme la possibilité de contrôler certains gestes, la ramenant à la réalité concrète de l'accouchement en cas de dissociation entre son corps et son esprit, au moment du travail, etc.

L'importance de cette problématique amène à réfléchir à un dépistage systématique, implicite ou explicite, des antécédents de traumatisme sexuel dans le cadre de la grossesse. Sages-femmes et obstétriciens semblent pouvoir occuper une place privilégiée dans ce repérage, à condition d'intégrer celui-ci à leur champ disciplinaire. Pas question ici de transformer la sage-femme ou l'obstétricien en psychologue ou en psychiatre : il s'agit de repérer, à travers ce thème, ce qui intéresse la sage-femme ou l'obstétricien *dans sa pratique*. Il en va de même pour les puéricultrices et les pédiatres, autour des questions de l'allaitement et des relations précoces mères-enfants. Il existe un travail de base que ces intervenants ne peuvent ignorer, tout simplement parce qu'il appartient à leur exercice professionnel. Ensuite vient un travail plus spécialisé qui implique le psychiatre ou le psychologue : traitement de pathologies post-traumatiques ou des troubles psychiatriques maternels, perturbation des interactions mères-enfants, repérage de la transmission intergénérationnelle, etc. Sans oublier la participation des généralistes, dans un travail d'interface entre ces différents acteurs, mais aussi dans un travail de repérage et de traitement des troubles accessibles à leurs soins.

Un important travail de coordination et de réflexion reste à entreprendre, dont on peut d'ores et déjà anticiper les difficultés à venir, techniques et humaines, car ce domaine bouscule les émotions avec force et suscite des réactions contre-transférentielles parfois massives. Cette action de prévention et de soin représente néanmoins une tâche tout à fait stimulante qui nécessite la mobilisation des différentes catégories de soignants, dans une approche spécifique à chaque type d'exercice professionnel.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Bonnet C., « Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement », *Psychologie médicale*, 1992, 5, 455-457.
- [2] Bonnet C., *Geste d'amour. L'accouchement sous X*, Paris, Odile Jacob, 1990.
- [3] Buist A., Janson H., « Childhood sexual abuse, parenting and post-partum depression-a 3-year follow-up study », *Child Abuse & Neglect*, (2001), 25, 909-921.
- [4] Burian J., « Helping survivors of sexual abuse through labor », *Maternal Child Nursing*, 1995, 20, 252-256.
- [5] Cole B., Scoville M. and Flynn L., « Psychiatric advance practice nurses collaborate with certified nurse midwives in providing health care for pregnant women with histories of abuse », *Archives of Psychiatric Nursing*, 1996, 10 (4), 229-234.
- [6] Courtois C., Riley C., « Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories : implications for care », *Birth*, 1992, 19 (4), 222-223.
- [7] Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 1999.
- [8] Darves-Bornoz J.-M., *Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste*, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Paris, Masson, 1996.
- [9] Dayan J., *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, 1999.
- [10] Ferenczi S., « Confusion de langue entre les adultes et les enfants », in *Œuvres complètes, Psychanalyse IV*, Payot, 1933 (1983), p. 125-135.
- [11] Fogel C., Belyea M., « Psychological risk factors in pregnant inmates. A challenge for nursing ? », *American Journal of Maternal Child Nursing*, 2001 (janvier-février), 26 (1), 10-6, .
- [12] Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V., « Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson (1975) », *La Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1, 1983, 57-98.
- [13] Grant L., « Effects of childhood sexual abuse : Issues for obstetric caregivers », *Birth*, 1992, 19 (4), 220-221.
- [14] Holz K., « A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse », *Journal of Nurse-Midwifery*, 1994, 39 (1), 13-18.
- [15] Horrigan, « The triad of substance abuse, violence, and depression are interrelated in pregnancy ? », *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2000 (janvier), 18 (1), 55-8.
- [16] Kendall-Tackett K., « Breastfeeding and the sexual abuse survivor », *Leaven*, 1997 (avril-mai), vol. 33, n° 2, 27-29.
- [17] Kitzinger J., « Counteracting, not reenacting, the violation of women's bodies : The challenge for perinatal caregivers », *Birth*, 1992, 19 (4), 219-220.
- [18] Lafortune D., « Transmissions familiales dans l'abus sexuel commis par un adolescent », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2002, 50, 49-57.

DÉPISTER LES ANTÉCÉDENTS DE TRAUMATISME SEXUEL ? 525

- [19] Mazet Ph., Lebovici S., *Psychiatrie périnatale. Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de la vie*, Paris, PUF, 1998.
- [20] Parrat J., « The experience of childbirth for survivors of incest », *Midwifery*, 1994, 10, 26-39.
- [21] Phoenix E., « No shame in survival », *International Journal of Childbirth Education*, 1996, 11 (3), 28-30.
- [22] Rhodes N., Hutchinson S., « Labor experiences of childhood sexual abuse survivors », *Birth*, 1994, 21 (4), 213-220.
- [23] Rose A., « Effects of childhood sexual abuse on childbirth : One woman's story », *Birth*, 1992, 19 (4), 214-218.
- [24] Roussillon J. A., « Adult survivors of childhood sexual abuse : Suggestions for perinatal caregivers », *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 1998, vol. 2, n° 6, 329-337.
- [25] Seng J. S., Oakley D. J., Sampelle C. M. *et al.*, « Post-traumatic stress disorder and pregnancy complications », *Obstetrics & Gynecology*, 2001 (janvier), 97 (1), 17-22.
- [26] Simkin P., « Childbirth education and care for the childhood sexual abuse survivor », *International Journal of Childbirth Education*, 1996, 11 (3), 31-33.
- [27] *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 269, février 1999, p. 8-34 : traductions d'articles (extraits) de P. Simkin, C. Birthkit, ■ Lecki-Thomson, J. Burian, et articles originaux de L. Daligand, M. Pluchard, E. Piet, V. Monnier.

PAGE 526 BLANCHE