

# Semaines d'information sur la **santé mentale**



## parentalité & enfance

**DU 12 AU 25 MARS 2018**

**TABLES-RONDES / EXPOSITIONS**

**CONFÉRENCES / DANSE**

**SUR RÉSERVATION**

PAR COURRIEL : [COMMUNICATION@EPS-ETAMPES.FR](mailto:COMMUNICATION@EPS-ETAMPES.FR)

SUR LES SITES D'ÉTAMPES, DE BARTHÉLEMY-DURAND-SUR-ORGE  
ET À CHILLY-MAZARIN

Programme détaillé disponible sur [www.eps-etampes.fr](http://www.eps-etampes.fr)

# Semaines d'information sur la santé mentale



## LUNDI 12 MARS 2018

### « ÉLOGE DE LA TENDRESSE, IMPROMPTU DE SCULPTURES »

Mme Bayle, sculptrice / Vernissage

14h - 19h / Étampes, cité culturelle, bâtiment ex-Primevères

Présentation d'œuvres autour des thèmes de la parentalité et de l'enfance. Les sculptures de bronze de l'artiste sont figuratives et puisent leur source dans l'imaginaire. Elles cherchent à exprimer un sentiment de paix, une tendresse qui transcendent les moments parfois douloureux de l'existence.

## JEUDI 15 MARS 2018

### « RENCONTRE MÉDIATISÉE »

Mme Borg, infirmière / Tables-rondes

12h - 13h / Barthélemy-Durand-sur-Orge, IFSI

De la rencontre entre parents et enfants au sein d'une unité d'accueil familiale thérapeutique (UAFT).

### « ÉLOGE DE LA TENDRESSE, IMPROMPTU DE SCULPTURES »

Mme Bayle, sculptrice / Exposition itinérante

14h - 16h / Étampes

## LUNDI 19 MARS 2018

### « CHÂTIMENTS CORPORELS DE L'ENFANT »

Dr Delanoë, auteur / Conférence

12h - 13h / Barthélemy-Durand-sur-Orge, IFSI

De l'éducation des enfants comme fait social. Dans le cadre de la publication de l'ouvrage « Les châtiments corporels de l'enfant » du Dr Daniel Delanoë.

## MERCREDI 21 MARS 2018

### « PARENTALITÉ ET TRANSCULTUREL »

Dr Charbonneau-Marzo, Dr Bouland et Dr Vaugier / Conférence

12h - 13h / Étampes, salle de conférence

Parentalité et migration. Situation démographique. Les soins durant la grossesse. L'accompagnement après la naissance.

## JEUDI 22 MARS 2018

### « ACCUEIL ENFANTS/PARENTS »

Dr Bouland

EPSBD : Mme Detofoll, infirmière ; Mme Magne, psychologue ;  
Mme Peteuil, psychomotricienne ;

PMI Chilly-Mazarin : Mme Monet, éducatrice ; Mme Riglet, psychologue ;  
Mme Ezzidi, auxiliaire de puériculture / Conférence

12h - 13h / Barthélemy-Durand-sur-Orge, IFSI

Lieu d'accueil enfants/parents. Effet sur la parentalité. Expérience d'un partenariat réussi entre un centre médico-psychologique et une PMI.

**SUR RÉSERVATION PAR COURRIEL :  
COMMUNICATION@EPS-ETAMPES.FR**

## MARDI 13 MARS 2018

### « QU'EST-CE QUE LA PSYCHOPATHOLOGIE DE LA CONCEPTION HUMAINE ? »

Dr Bayle / Conférence

12h - 13h / Étampes, salle de conférence

Repérage des problématiques psychopathologiques qui émergent dès la conception et la gestation d'un enfant. Impact sur le développement de l'enfant.

### « ÉLOGE DE LA TENDRESSE, IMPROMPTU DE SCULPTURES »

Mme Bayle, sculptrice / Exposition itinérante

14h - 16h / Étampes

## VENDREDI 16 MARS 2018

### « TOUT SE JOUE-T-IL AVANT LA NAISSANCE ? »

Dr Bayle / Conférence

12h - 13h / Étampes, salle de conférence

La grossesse envisagée comme première période du développement « psychologique » de l'être humain.

### « DÉTECTION PRÉCOCE DES TROUBLES PSYCHIQUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES JEUNES ADULTES »

Dr Pédron / Conférence

18h - 20h / Chilly-Mazarin, parc de l'hôtel de ville (salle à la Roue)

## MARDI 20 MARS 2018

### « MATERNITÉ ET TRAUMATISME SEXUEL DE L'ENFANCE »

Dr Bayle / Conférence

12h - 13h / Étampes, salle de conférence

Impact des traumatismes sexuels vécus dans l'enfance ou l'adolescence sur la grossesse, le post-partum et la parentalité.

### « ÉLOGE DE LA TENDRESSE, IMPROMPTU DE SCULPTURES »

Mme Bayle, sculptrice / Exposition itinérante

14h - 17h / Barthélemy-Durand-sur-Orge

Présentation d'œuvres autour des thèmes de la parentalité et de l'enfance. Les sculptures de bronze de l'artiste sont figuratives et puisent leur source dans l'imaginaire. Elles cherchent à exprimer un sentiment de paix, une tendresse qui transcendent les moments parfois douloureux de l'existence.

## MARDI 03 AVRIL 2018

## PROLONGATION

### « FLASHMOB »

Johan Amsalem, danseur / Danse contemporaine

11h / Lieu à venir

Dans le cadre du projet « Être et habiter », une improvisation chorégraphique sur le thème de la parentalité et de l'enfance : une invitation à entrer dans la danse.

## MERCREDI 04 AVRIL 2018

### « ROCKING CHAIRS »

Lilian Bourgeat, artiste / Exposition

15h / Barthélemy-Durand-sur-Orge, les terrasses

Une œuvre de Lilian Bourgeat sur les terrasses de l'EPS Barthélemy Durand-sur-Orge accompagné de volontaires, de patients et de soignants.

Il s'agit de deux Rocking Chairs, fauteuil à bascule ou chaise bercante, géants de deux mètres de haut.

SITE D'ÉTAMPES / Avenue du 8 mai 1945 - 91150 Étampes  
SITE DE BARTHÉLEMY-DURAND-SUR-ORGE / 2, route de Longpont - 91700 Sainte-Geneviève-des-Bois  
HÔTEL DE VILLE DE CHILLY-MAZARIN / Place du 8 mai 1945 - 91380 Chilly-Mazarin



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**

# *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*

*Dr Benoît Bayle*

Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) 2018

Etablissement public de santé Barthélemy Durand, Étampes, le 16 mars 2018



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**

# Introduction



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**

- Une exploration issue du champ de la psychopathologie de la conception, et qui a donné lieu à la publication d'un ouvrage collectif dans le cadre de la Société Marcé Francophone.
- Une clinique qui fait volontiers irruption à l'occasion de divers suivis, tant en psychiatrie de l'adulte, de l'enfant qu'en psychiatrie périnatale et en obstétrique. Pourtant, cette clinique n'est pas toujours reconnue dans sa spécificité.
- Des questionnements qui restent difficiles: faut-il dépister les traumatismes sexuels dès la grossesse? Faut-il penser un accompagnement spécifique? Etc.
- Une clinique plus que jamais marquée par l'interface entre psyché et soma, mais l'articulation qui devrait en découler, entre obstétrique, pédiatrie et psychiatrie ne va pas toujours de soi...
- Une clinique qui pose la question des effets psychiques du traumatisme sexuel sur la génération suivante.



Établissement public de santé

Barthélemy Durand

## Le cas « Anna Rose » (1992)

Anna Rose , « Effects of childhood sexual abuse on childbirth : One woman's story ». *Birth*, 1992, 19 (4), 214-218.

In : Benoît Bayle (dir.), *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*. L'Harmattan, 2006



Établissement public de santé

4 Barthélemy Durand

# Anna Rose

- Dans ce témoignage détaillé, « Anna Rose » raconte comment se sont passées ses deux grossesses et accouchements ...
- Cette femme n'a jamais pris conscience des maltraitances qu'elle a subies, jusqu'au jour où, à six mois de grossesse, un incident en apparence anodin déclenche une réaction très violente qui la plonge dans son passé traumatique.
- À partir de ce moment-là, elle doit affronter le retour de son passé traumatique...
- *Les faits:* Durant son enfance, Anna est violée par de nombreuses personnes, parmi lesquelles son père, un oncle et un cousin très violent. Ce cousin lui fait subir de terribles sévices et menaces. Il l'attache et la viole par tous les orifices de son corps. Il place volontiers un pistolet près d'elle, qu'il introduit une fois dans son vagin pour la violer. Il jette des animaux morts sur son corps, la menace de mort, etc..
- *L'accompagnement:* Lorsqu'au cours de ses grossesses, Anna essaie de discuter des traumatismes qu'elle a subis et qui remontent à la surface, les soignants minimisent ou ignorent ce qu'elle leur dit...  
Ses médecins ne lui ont jamais parlé non plus d'une cicatrice d'abus pourtant bien visible. Elle trouvera par la suite des soignants qui pour une fois prêtent attention aux conséquences de son passé traumatique.

# Un exemple de reviviscence traumatique lors d'un examen au spéculum...

*Visite avec Sandra, une sage-femme de l'équipe, à l'occasion d'examens bactériologiques. Cette sage-femme est très en retard et peu précautionneuse...*

- Anna est tendue : le manque de préparation, le retard de Sandra et le stress des récentes remémorations traumatiques... Elle se met en position d'examen, et sans que la sage-femme ne prenne d'autre précaution que de lui dire « détendez-vous maintenant », celle-ci enfonce dans son vagin un spéculum en métal, froid et de grande taille. Cela la blesse. Anna fait la réflexion que cela pince, mais Sandra poursuit son prélèvement sans s'en préoccuper. Anna se replie dans une attitude d'« absence », comme si elle disparaissait elle-même de la situation présente, ce qui se rencontre chez certaines victimes d'abus sexuels.
- Anna met du temps pour comprendre ce qui l'a si profondément heurté. L'intrusion du spéculum et l'indifférence de la sage-femme lui ont rappelé les abus de son enfance. Elle s'est sentie aussi impuissante et délaissée qu'à ces heures. Le spéculum froid en métal lui donne la même sensation que le pistolet que son cousin avait enfoncé dans son vagin avant de la violer, à l'âge de dix ans.

# Une grossesse éprouvante...

- Durant la deuxième grossesse, de nombreux souvenirs de ses abus lui reviennent. Une nuit, alors qu'elle fait l'amour avec son mari, elle revit soudainement, de manière détaillée, un viol commis par son père, alors qu'elle avait six ans.
- Anna fait aussi le lien entre le souvenir de ces abus et des démangeaisons intenses, lors de sa grossesse. Elle réalise que son père l'avait violée un jour, alors qu'elle avait une intoxication avec des baies de lierre. Sa souffrance est d'autant plus vive que l'abus venait de quelqu'un qu'elle aimait.
- Au fil de la grossesse, les souvenirs traumatiques affluent. C'est très douloureux pour elle. Elle lit plusieurs livres pour se préparer le mieux possible à l'accouchement. Elle essaie notamment d'exécuter des exercices d'affirmation et de pensée positive. Elle fournit un très gros effort pour se préparer, espérant accoucher sans douleur.

# L'accouchement...

- Au moment du travail, Anna met en pratique ces exercices (« J'aime ce bébé, je veux ouvrir largement et le laisser sortir », « J'aime mon vagin et mon utérus », etc.) ce qui rend la douleur plus tolérable.
- À plusieurs occasions, elle est envahie par la crainte d'être une mauvaise mère. Elle en pleure.
- Les sages-femmes, Beth et Carol – qui connaissent bien l'histoire d'Anna et qui ont l'expérience d'autres femmes ayant vécu leurs premières reviviscences d'abus sexuels autour de la naissance –, l'encouragent à se concentrer sur le présent et lui rappellent la réussite de ses soins maternels avec Eliot, son premier enfant...
- Mais Anna aurait eu besoin de décharger ses émotions et de pouvoir pleurer.
- Les contractions augmentent en intensité et en douleur. Le travail progresse rapidement. Anna perd le contrôle et est effrayée. Le bébé lui provoque une terrible douleur au dos pour la deuxième moitié du travail.

# Des reviviscences traumatiques lors de l'accouchement ...

Anna commence à pousser, et la douleur est si intense qu'elle se replie dans une attitude d'« absence », pour se protéger, comme par le passé. Anna arque ses fesses vers le haut au lieu de concentrer son énergie vers le bas, en vue de l'expulsion.

Son esprit est envahi des images du viol qu'elle a subi à l'âge de deux ans, lorsqu'elle avait été déchirée du haut de son clitoris jusqu'au bas de l'urètre. Anna hurle qu'elle sent en elle le pénis de cet abuseur, et qu'il faut l'en débarrasser (elle réalise par la suite que la taille d'un bébé par rapport au vagin de la mère est comparable à celle du pénis d'un homme adulte pénétrant le vagin d'une enfant de deux ans). Les soignantes font tout pour l'aider à traverser cette expérience.

Elle entend comme dans un brouillard la sage-femme dire : « *Vous êtes en sécurité, vous n'êtes pas violée en ce moment, ce n'est pas un pénis qui est en vous, c'est votre joli bébé qui essaie de sortir. Votre bébé a besoin de vous pour que vous le poussiez dehors* ».

# Une expérience de sortie hors du corps (épisode dissociatif) ...

Mais sa panique est si intense qu'il ne lui est plus possible d'être présente à ce qui se passe. Elle a les yeux révoltés, elle se sent comme à l'extérieur de son corps, comme flottant au plafond, à quelques mètres sur sa gauche. Alors la sage-femme lui saisit la cuisse fermement et lui indique : « *Anna, j'ai besoin de vous pour rester présente ici. Regardez-moi, Anna. Le bébé a besoin que vous restiez présente !* » Cette fois, les soignantes ont trouvé les mots justes qui permettent de relancer le processus de l'accouchement. Elles incitent Anna à maintenir un contact oculaire avec son mari, tandis qu'elles pratiquent bon nombre de massages périnéaux avec de l'huile tiédie afin de détendre ses muscles. Tom naît peu de temps après. Anna s'est sentie mieux entourée pour l'aider à gérer les émotions qu'elle avait à affronter...

# D'autres publications (1) ...

- Fraiberg S., Adelson E., Shapiro V., « Fantômes dans la chambre d'enfant. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson (1975) », *Psychiatrie de l'enfant*, XXVI, 1, 1983, 57-98.
- Rose A., « Effects of childhood sexual abuse on childbirth : One woman's story ». *Birth*, 1992, 19 (4), 214-218.
- Courtois C., Riley C., « Pregnancy and childbirth as triggers for abuse memories : Implications for care ». *Birth*, 1992, 19 (4), 222 - 223.
- Bonnet C., « Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement », *Psychologie médicale*, 1992, 5, pp. 455-457.
- Grant L., « Effects of childhood sexual abuse : Issues for obstetric caregivers ». *Birth*, 1992, 19 (4), 220-221.
- Kitzinger J., « Counteracting, not reenacting, the violation of women's bodies : The challenge for perinatal caregivers ». *Birth*, 1992, 19 (4), 219-220.
- Holz K., « A practical approach to clients who are survivors of childhood sexual abuse ». *Journal of Nurse-Midwifery*, 1994, 39 (1), 13-18.
- Rhodes N., Hutchinson S., « Labor experiences of childhood sexual abuse survivors ». *Birth*, 1994, 21 (4), 213-220.
- Parrat J., « The experience of childbirth for survivors of incest ». *Midwifery*, 1994, 10, 26-39.
- Burian J., « Helping survivors of sexual abuse through labor ». *Maternal Child Nursing*, 1995, 20, 252 – 256.
- Phoenix E., « No shame in survival ». *International Journal of Childbirth Education*, 1996, 11 (3), 28-30.

## D'autres publications (2) ...

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*, 10 (4), 1996, 229 - 234.

Simkin P., « Childbirth education and care for the childhood sexual abuse survivor ». *International Journal of Childbirth Education*, 1996, 11 (3), 31 - 33.

Kendall-Tackett K., « Breastfeeding and the sexual abuse survivor ». *Leaven*, 1997, April-May, vol. 33, n°2, pp. 27-29.

Roussillon J.A., « Adult survivors of childhood sexual abuse : suggestions for perinatal caregivers », *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, vol 2, n° 6, 1998, 329-37.

*Les Dossiers de l'Obstétrique*, n°269, février 1999, pp. 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.

Fogel C., Belyea M., « Psychological risk factors in pregnant inmates. A challenge for nursing? » *American Journal of Maternal Child Nursing*, 26 (1) : 10-6, 2001 JanFeb.

Buist A., Janson H., « Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression-a 3-year follow-up study », *Child Abuse & Neglect*, 25 (2001): 909-921.

Lafortune D., « Transmissions familiales dans l'abus sexuel commis par un adolescent », *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2002 ; 50 :49-57.

Bayle B., « Faut-il dépister les traumatismes sexuels lors de la grossesse ? » In : Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF, 2004, pp. 395-425.

Vayssière C., « Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique ». *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 33 (2005) 69-74.

Bayle B. (dir.), *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance. Une clinique de l'interface soma-psyché*. L'Harmattan, 2006.

## Passé sexuel traumatique et parentalité : quelle approche en maternité ?

Une clinique de l'interface soma-psyché

# La grossesse

- Chez un grand nombre de femme, la grossesse reste susceptible de déclencher des souvenirs d'abus. Les femmes peuvent éprouver divers sentiments : sensation de « perte de contrôle » de leur corps, sentiments de honte et de souillure, sentiments négatifs à l'égard de leur capacité procréatrice, etc.
- Les examens pelviens répétés au cours de la grossesse peuvent induire une forte souffrance. « 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. Certaines femmes peuvent réagir avec véhémence au cours d'un examen gynécologique.
- Ces difficultés sont parfois à l'origine d'un non-suivi de la grossesse.

# L'accouchement (1)

- L'accouchement est une étape sensible.
- Ici aussi, l'expérience de la naissance peut faire remonter différents sentiments relatifs à l'abus.
- Les questions du *contrôle* et de la *domination* par autrui occupent une place centrale au sein de cette problématique. 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 protection employés par le passé au moment des abus.

## L'accouchement (2)

- Quatre types de réactions ont été décrits.
  - L'*agressivité* et la *tyrannie* sont une révolte 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 son accouchement.

# 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 déclenche parfois des souvenirs traumatiques, ces femmes peuvent se sentir mal à l'aise avec les sensations que déclenchent les tétées.
- 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 huit mois et demi ; elle l'embrassait fréquemment sur la bouche, ce qui reste peu fréquent dans notre pays.

# Les interactions précoces mère-enfant (1)

- Nous avons noté à différentes reprises la difficulté très vive et envahissante que rencontrent certaines femmes lors des interactions précoces mère-enfant. Par exemple, elles 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 avec le premier enfant).
- Certaines mères 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 par la suite 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. À l'opposé, certaines mères seront évitantes à l'égard du sexuel.

## Les interactions précoces mère-enfant (2)

- Importance du sexe de l'enfant : fille (risque de fusion par surprotection anxieuse, crainte de la répétition) / garçon (soins corporels volontiers difficiles). Féminisation du prénom. Soins corporels difficiles ou intrusifs. Évitement phobique du sexuel.
- 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 désespérée 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.



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**

# Une situation complexe, à risques psychologiques

Quelques vignettes cliniques...



Établissement public de santé

20 **Barthélemy Durand**

# Un enfant exposé à divers risques (1)...

- Différentes 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. D'autres encore se sont intéressées aux antécédents d'abus sexuels chez les femmes enceintes toxicomanes, etc. (TCA).
- D'une façon générale, les traumatismes sexuels s'accompagnent d'une forte morbidité psychologique, voire psychiatrique : 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.
- Le maternage est souvent plus difficile, source d'angoisses, de projection multiples...
- L'enfant est inclus dans l'histoire traumatique du parent.
- Parfois, il est exposé à un risque de négligence, voire de maltraitance, en lien avec le vécu traumatique. Étude sur les Unités Mère-Bébé: la proportion de bébé placés est plus importante chez les femmes ayant des antécédents traumatiques (maltraitance physique et/ou sexuelle).
- C'est dire l'intérêt du repérage et de la prise en charge, en obstétrique comme en psychiatrie.

## Un enfant exposé à divers risques (2)...

- D. Lafortune 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.

Ainsi, 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'agresseur).

Pourraient être en cause différents schémas, tels que l'initiation prématurée à la sexualité adulte qui modifie la vision générale de la sexualité, mais aussi, l'identification à des figures pathogènes (abuseur), ou 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.

- Mais aussi : ne pas oublier la résilience !
- Importance des ressources positives, notamment lorsque la femme rencontre un conjoint compréhensif et soutenant.

# Quelques exemples cliniques (1)...

Dominique Chabert, Annick Chauvin « Abus sexuels et maternité : le problème de la maltraitance ». In : Benoît Bayle (dir.), *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*. L'Harmattan, 2006

Observation n° 1 (une parentalité impossible): Mademoiselle K., âgée de 28 ans, a été violée par son oncle de 12 ans à 16 ans dans un contexte de séduction datant de la petite enfance. Elle en est à son cinquième avortement provoqué. « Je me sens sale, dit-elle, même pas digne d'avoir un enfant. Quand je suis enceinte, c'est à chaque fois le ciel qui me tombe sur la tête. Les échographies, je ne les regarde jamais. Ça me fait très mal, je vais très mal. Avorter, c'est horrible ! Mais je me sens incapable d'assumer un enfant, c'est comme si je n'appartenais plus au monde des gens normaux. »

Cette femme très déprimée a fait plusieurs tentatives de suicide ayant entraîné des séjours en réanimation. Malgré une vie sexuelle très agitée, où par moments elle se prostitue « pour me détruire, dit-elle, puisque je n'arrive pas à me tuer », elle ne prend aucune contraception, comme si sexualité et enfantement étaient pour elle sans lien.

## Quelques exemples cliniques (2)...

- Observation n° 2 : Mademoiselle L., âgée de 25 ans, enceinte de 6 mois, ayant un passé de carences affectives et de viol à l'adolescence, est surprise en train de battre son ventre. Le fœtus bouge de trop, il la dérange, alors elle le fesse pour qu'il se calme car selon elle, il fait exprès de lui faire mal...
- Observation n° 3 : Madame Z., victime d'un viol extra-familial à 14 ans, confie : « le jour où j'ai accouché, quand on m'a demandé de pousser, j'ai revu à ce moment-là la scène du viol et je ne pouvais plus pousser, j'avais peur d'étouffer mon fils. Mon intimité a été forcée, mon fils il sort par là où moi j'ai été forcée, ça m'a dégoûtée ». Dans les mois qui suivirent, Madame Z. se trouva en grande difficulté dans les relations avec son enfant.
- Observation n° 4 : Mademoiselle A., mère d'un garçon âgé de 4 mois, victime de viols par un oncle pendant une partie de l'enfance et de l'adolescence, confie : « pendant la grossesse, je me sentais sale, je ne faisais que me laver ». « Après l'accouchement, j'avais toujours peur, je sais pas pourquoi, je voyais sans cesse mon oncle devant moi. L'accouchement, ça m'a choquée, quand j'ai dû pousser et que j'ai vu le sang. Après, quand j'ai eu le bébé sur moi, j'ai trouvé ça dégoûtant, en fait je ne voulais pas avoir de garçon... »

## Quelques exemples cliniques (3)...

Observation n° 5 (surprotection anxieuse) : Mademoiselle V., victime de viols brutaux par un proche à l'âge de 12 ans et mère d'une fillette de 1 an, confie : « Quand je suis rentrée de la maternité, j'ai commencé à déprimer. Ça s'est fait tout doucement. Ce qui s'est passé, c'est que j'ai commencé à imaginer ma fille quand elle serait plus grande et si quelqu'un lui ferait du mal... J'ai pensé qu'il faudrait bien parfois que je la donne à garder à quelqu'un et là j'ai paniqué, l'angoisse est montée. Je ne laisse jamais ma fille à quelqu'un, je ne fais confiance à personne. J'ai essayé de la mettre à la garderie mais je n'ai pas pu continuer, je l'ai retirée, pourtant elle y était bien. Mais c'était plus fort que moi, j'allais en cachette la voir dans la cour pour voir si personne ne lui faisait du mal. Si ma fille n'est pas constamment avec moi, je ne vais pas bien. Je sais que si elle reste avec moi il ne lui arrivera jamais rien, personne ne peut la protéger comme moi. Je dors avec elle, même quand son père est à la maison, lui il dort sur le canapé et moi je reste avec elle... »

« Je ne supporte aucun regard d'homme posé sur ma fille, aucun geste. L'autre fois, son grand-père l'a prise sur ses genoux, j'ai hurlé, je me suis mise à l'insulter et j'ai retiré ma fille. Personne n'a rien compris mais moi tout à coup je voyais des images... Voir ma fille assise sur les genoux du grand-père, j'ai ressenti ça comme malsain, c'était plus fort que moi, pourtant je sais bien qu'il ne lui fera jamais rien. C'est pareil avec son père, jamais je ne le laisse plus de dix minutes seul avec elle... »

## Quelques exemples cliniques (4)...

Bayle B., « Faut-il dépister les traumatismes sexuels lors de la grossesse ? » In : Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF, 2004, pp. 395-425.

Observation n° 6 : 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. 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 vécus des traumatismes... La mère de Marianne a été agressée sexuellement par son beau-père pendant son enfance. Le discours maternel est marqué par la crainte envahissante de la répétition du traumatisme sexuel. Avant qu'une psychologue ne la conseille, cette femme vérifiait régulièrement l'hymen 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.

# Toujours la clinique !

Observation n° 7 : Charlotte a douze ans. Sa mère a été victime de divers traumatiques sexuels. Elle explique 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 monte là-haut, 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. »



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**

## Quel accompagnement ? Pour quels soins ?

Des miracles... toujours des miracles !



Établissement public de santé

28 **Barthélemy Durand**

# Une priorité: les soins de la femme... de l'enfant à naître et du bébé

- L'accompagnement périnatal de la grossesse et des liens mère-bébé (lien avec l'obstétrique...)
- La psychothérapie (psychodynamique, TCC, PEC en groupe, etc.)
- Des techniques spécifiques pour les traumatismes psychiques (EMDR, hypnose, etc.).
- Intérêt d'une consultation de psycho-traumatologie
- La chimiothérapie (traitement de l'épisode dépressif, du PTSD, etc.). Place des antidépresseurs. Autres molécules possibles.
- L'accompagnement psycho-social (lutter contre l'isolement social, soutien après de la naissance, etc.)

# Aspects spécifiques de l'accompagnement psycho-obstétrical de la grossesse

- Information détaillée sur les données physiques et psychiques de la période périnatale. Soignant avertis de l'émergence possible des souvenirs traumatiques lors de la grossesse ou de la naissance (et formés pour y faire face !). Besoin de soutien et de réassurance au cours de l'allaitement.
- Le dépistage implicite ou explicite au cours de l'examen gynécologique ou obstétrical doit conduire à un accompagnement spécifique circonstancié.
- Attention portée aux examens pelviens qui seront évités lorsqu'ils ne sont pas nécessaires, et qui feront l'objet d'une attention plus particulière: confort, respect accru de la pudeur et de l'intimité, s'assurer de la bonne tolérance, impliquer si nécessaire la femme en la faisant participer, savoir reconnaître une réaction liée aux mécanismes de *coping*, etc.
- Savoir accompagner un épisode dissociatif pendant un examen ou lors de l'accouchement.

# L'accompagnement des épisodes dissociatifs (Holz, 1994)

Lors de telles situations de dissociation, 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 ! » L'accrochage par le regard pourrait également apporter une aide appréciable pour aider la patiente « absente », dont l'esprit s'est retiré de son corps, à *reprendre contact avec l'environnement*.

Karen Holz signale 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.

# Accompagnement par la sage-femme d'une remémoration traumatique (Lecky-Thomson, 1995)

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 je 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 régentait 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 ».

# Un exemple de guidance périnatale

Dans un autre registre, Jill Roussillon propose une guidance périnatale structurée à partir de trois étapes (Herman, 1992).

- 1) La femme doit établir un *sentiment de sécurité* dans sa vie, à la fois dans ses relations interpersonnelles et dans son environnement.
- 2) elle a besoin de *reconstruire ses souvenirs*, de dire son histoire, et de pleurer les pertes que ces abus ont entraînées dans sa vie.
- 3) 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.

# L'accompagnement des interactions mère -bébé

- Observation clinique des interactions comportementales (interactions corporelles, visuelles et vocales). Holding et handling. Interactions émotionnelles et fantasmatiques
- Exemples: détournement de regard, raidissement du bébé, pleurs, etc.
- Intérêt de prise en charge mère-bébé: psychothérapie ou groupe CATTP.
- Étayage, réassurance, soins spécifiques de l'anxiété
- Hospitalisation en unité mère-bébé dans les cas les plus graves.



Établissement public de santé

**Barthélemy Durand**

## Conclusion



Établissement public de santé

35

**Barthélemy Durand**

# Et vous, qu'en pensez-vous ?

- Quelle est votre expérience ?
- La prise en charge de la parentalité vous paraît-elle satisfaisante chez les mères abusées sexuellement pendant l'enfance ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées sur le terrain ?
- Faut-il dépister les traumatismes sexuels pendant la grossesse ? Comment ? Dans quel but ? Avec quels moyens en aval ? Faut-il la rechercher dans les suivis d'enfant ?
- Comment améliorer l'interface entre somatique et psychique dans ces parentalités vulnérables ?
- Quel accompagnement au long cours ?
- Comment penser la polarité résilience / risque de maltraitance (phénomène de répétition) ?
- Une piste possible pour la prévention des agressions sexuelles ?
- Bon dosage à trouver entre se tourner vers le futur et élaborer le passé traumatique...