

On n'a jamais autant parlé d'abus, mais lorsque nous y sommes confrontés, la plupart du temps, nous passons à côté. Mais qu'est ce donc qu'un abus ? Les définitions, du Larousse au DSM-IV ou à la CIM-10, ne nous aident pas beaucoup à le comprendre.

Cornelia Gauthier

Généraliste FMH,
Thônex (Suisse)
corgauthier@
bluewin.ch

Mots clés : abus
sexuel, maltraitance,
somatisation,
violence

Qui sont nos patients abusés et de quoi souffrent-ils ?

Un problème de définition

Si l'on interroge le dictionnaire au sujet du mot « abus », le Petit Larousse précise qu'il s'agit de « *l'usage injustifié ou excessif de quelque chose* ».

Cette définition nous laisse un peu sur notre faim. Est-ce que le fait de battre sa femme ou son enfant est un usage excessif ? D'emblée cette formulation paraît incomplète car elle ne parle que de l'action de celui qui abuse. Qu'en est-il alors de l'abusé ?

Pour en savoir plus, en tant que médecins, nous aurons alors recours au DSM-IV [1]. Dans cet ouvrage de référence, le diagnostic d'abus sexuel ou physique n'est un critère diagnostique que « *lorsque le motif de l'examen clinique est l'abus lui-même* ». Quant à « l'abus émotionnel », il n'est même pas mentionné alors que l'ouvrage en question est censé décrire la problématique psychique de nos patients. Cette définition est donc également incomplète.

Si nous nous dirigeons plutôt vers la CIM-10 [2], c'est encore plus compliqué. Le chapitre concernant les troubles mentaux et comportementaux ne comporte aucune rubrique intitulée abus, maltraitance ou harcèlement. Il faut suivre un véritable parcours du combattant pour trouver finalement mention de l'abus dans deux chapitres différents :

- l'abus *dirigé contre autrui* se trouve dans un chapitre intitulé « *Lésions traumatiques et empoisonnements* » ;
- quant à l'abus *subi par autrui*, il est mentionné dans un tout autre endroit qui répertorie les « *Causes externes de morbidité et mortalité* ».

Un problème de diagnostic

La démarche diagnostique que l'on nous a enseignée est basée essentiellement sur l'observation de la *sympptomatologie* physique et psychique (étayée

ensuite par des examens complémentaires). À l'instar de l'arbre qui nous cache la forêt, l'observation des *conséquences* des abus nous en cache les causes.

Autant le cardiologue doit tout d'abord connaître le cœur et son bon fonctionnement avant d'être en mesure de diagnostiquer une insuffisance cardiaque ou une fibrillation auriculaire, autant nous, médecins, devrions savoir ce qu'est un abus avant de pouvoir diagnostiquer les troubles qui en résultent.

D'ailleurs, pour les médecins de ma génération, ce chapitre de la médecine ne nous a pas été enseigné et les abus ne figurent dans aucun diagnostic différentiel [3]. À voir les bouts de définitions incomplètes éparpillées par-ci et par-là dans nos ouvrages diagnostiques, une évidence s'impose : **il y a une lacune en médecine concernant la problématique des abus.**

Selon les définitions médicales mentionnées ci-dessus, c'est comme si, pour nos prédécesseurs, l'abus relevait uniquement d'une cause accidentelle. Pourtant, depuis la découverte de l'inconscient par l'apport de la psychanalyse, nous savons que les traumatismes peuvent laisser des traces. Mais à la décharge de nos prédécesseurs, l'abus était jusqu'à peu de temps encore considéré comme un sujet tabou et peu d'entre eux ont probablement eu l'occasion d'être confrontés à ces problèmes le plus souvent tenus secrets. Loin de leur jeter la pierre, il faut cependant que nous rattrapions ce retard, car nos patients, à notre insu, tombent malades des suites de ces agressions [4].

Commençons donc par le commencement :

1. Tout d'abord par une *observation*. Il y a trois formes d'abus :

- les abus sexuels,
- les abus physiques,
- les abus émotionnels ;

2. Ensuite, par une *question* : comment trouver une définition commune qui les relie et les explique tous ? Pour qu'elle soit complète, nous proposerons une nouvelle définition : **est abus tout dépassement et manque de limite. Le dépassement de limite est le fait de l'abuseur et le manque de limite le problème de l'abusé.**

Les abus sexuels

C'est la première image qui vient à l'esprit de tout un chacun lorsque nous entendons le mot abus. Et plus précisément, nous pensons au viol avec pénétration. Nous avons alors l'impression que ce sont des situations rares et nous ne nous sentons donc pas très concernés par ce problème. C'est aussi ce qui se passe dans nos esprits « médicaux » car nous pensons alors que ces cas relèvent des compétences des spécialistes. Mais voilà ! Les spécialistes ne sont pas mieux formés que nous dans ce domaine. Nous l'avons aussi vu ci-dessus : ils n'ont pas plus de définitions précises à leur service et les abus ne font pas non plus partie de leurs diagnostics différentiels.

Là aussi, il faut donc que nous reprenions tout à zéro en nous posant quelques questions de base :

- Quelles informations nous apportent les statistiques ?
- Les abus sexuels sont-ils effectivement des cas d'agressions sporadiques ?

Les études multiples et variées nous donnent des résultats très divergents : selon les résultats, il y aurait 5 à 50 % de la population qui aurait subi un ou des abus sexuels [5-7] ! Comment peut-on arriver à des différences pareilles ? Cette « discrédance »¹ a déjà fait l'objet d'un autre article [8], mais nous pouvons résumer cela en disant que les définitions des abus sur lesquelles les chercheurs se basent sont autant variées que les études elles-mêmes. La situation est compliquée à analyser, car, mis à part les abus sexuels avec contact direct, il existe également une forme d'abus sans contact physique, sans oublier les abus par procuration :

- Les abus *sans contact* représentent toutes les situations d'exhibitions, les visionnements forcés de films X, les propos salaces, les regards lubriques, etc.
- Les abus *par procuration* sont le fait d'être le témoin d'un abus. En raison du sentiment d'impuissance et du sentiment de culpabilité d'avoir été épargné, cette forme d'abus est pire que l'abus direct.

Malgré la forte variabilité des résultats statistiques, la tendance générale qui se dégage de ces diverses études nous permet d'estimer qu'environ de 20-30 % de la population aurait une fois au moins subi un abus sexuel [9]. C'est évidemment énorme et force est de constater que nous ne connaissons pas autant de patients sexuellement abusés parmi nos patients.

Si les viols avec pénétration représentent la minorité des abus sexuels, la grande majorité est constituée par les attouchements qui sont légion. Le problème que représentent les attouchements, les abus sans contact ou par procuration est le risque de *banalisation*, soit par les victimes elles-mêmes, par l'entourage ou même par les professionnels de la santé. On n'en parlera donc pas ou peu et on pensera, à tort, que l'affaire est classée. Quelle que soit la forme de l'abus sexuel,

1. NDLR. Malgré les apparences (et son absence du Robert ou autres dictionnaires courants) « discrédance » n'est pas un anglicisme, mais un mot français (rare aujourd'hui en France) féminin, synonyme de dissonance, issu du latin *discrepantia*. Il signifie simultanément désagréable de sons, de sensations, d'avis, etc., qui ne s'accordent pas (Charles Baudelaire, L'art romantique, chap. XLVII, § II ; Garnier-Flammarion, Paris, 1989, page 412.)

il touche à la partie la plus intime de l'individu et la personne se sent salie.

Les abus physiques

Ils regroupent tout ce qui relève de la maltraitance et de la violence. À ce sujet, la première idée qui s'impose à nous, c'est celle des enfants et des femmes battus. Nos réflexions stéréotypées nous amènent ensuite à penser que cela est du ressort de la police ou des services sociaux. À part le cas très particulier du *syndrome de Silvermann* où les pédiatres entreront aussi en scène, les enfants et les femmes battus consultent peu. Nous aurons donc tendance à nous désintéresser médicalement de ce sujet et à tourner la page.

Pour en revenir aux études concernant les violences [10], nous voyons que cette forme d'abus se situe également dans des zones avoisinant 20 % [11-14] en ce qui concerne les femmes.

Mais pour les enfants, c'est sans compter avec la violence éducative [15-18]. Ne dit-on pas qu'« une bonne fessée n'a jamais fait de mal à personne » ? Selon une étude faite par la Sofres en 1999, seuls 16 % des parents disent ne jamais utiliser les punitions corporelles pour l'éducation de leurs enfants.

Pourquoi appelle-t-on
Cruauté le fait de frapper un animal
Agression le fait de frapper un adulte
Education le fait de frapper un enfant ?
Anonyme

Comme le dit si bien Olivier Maurel [19], la maltraitance est la partie émergée de l'iceberg et la violence éducative en représente la partie immergée, non visible. Cette violence éducative infligée aux enfants pendant toute la durée du développement de leur cerveau constitue le terreau de la maltraitance.

Les abus émotionnels

Dans la mesure où il n'y a pas d'agression corporelle dans ces situations-là, la plupart d'entre nous n'ont pas une représentation très précise de cet aspect de la problématique abusive. D'ailleurs, les victimes elles-mêmes n'ont pas vraiment d'idées là-dessus. Le mal est sournois, difficile à identifier et à nommer. Pourtant, les abus émotionnels représentent toutes les situations de non-écoute, de culpabilisations, de chantages, de menaces, d'humiliations, de harcèlements [20], d'exclusions et j'en passe... Et pour les gens qui pratiquent cette forme d'abus qui ne laisse pas « de traces », c'est devenu une mauvaise habitude dont ils se servent régulièrement. À l'instar du venin qui, introduit dans le corps, l'envahit et finalement l'empoisonne, l'abus émotionnel se distille jour après jour dans le psychisme de la victime et ce d'autant plus lorsqu'il s'agit du fait d'adultes face à des enfants.



Ces abus émotionnels peuvent mener les uns à l'annihilation pure et simple de leur personnalité et pousser les autres, par réaction défensive, à devenir des abuseurs à leur tour. Quels qu'ils soient, les dégâts sont gigantesques, avec la cohorte de troubles psychiques, physiques et comportementaux qu'ils induisent. Bien sûr, il ne faut pas oublier le recours aux abus de substances !

Les abus par procuration font partie du registre des abus émotionnels. Ils se vivent à chaque fois que quelqu'un assiste en témoin impuissant à l'agression d'un autre. Cela peut donc se produire dans les trois formes d'abus. C'est particulièrement destructeur lorsque l'enfant assiste à la maltraitance d'un de ses parents par l'autre.

Les abus émotionnels sont toujours associés aux deux autres formes que sont les abus sexuels et physiques, ce qui permet donc de dire sans hésitation que **tous** les abusés subissent des abus émotionnels.

Tout cela représente un très gros problème de santé publique et coûte le prix fort à la société.

Les diagnostics manqués

Que ce soit pour l'une ou l'autre forme d'abus, les causes des diagnostics manqués sont multiples. Nous avons déjà mentionné le problème de la définition défailante.

Mais le principal problème relève du fait que les atteintes se passent le plus souvent en trois temps :

1. Tout d'abord, il y a l'agression qui, en raison de l'effet de surprise, induit la victime à se figer et à ne pas pouvoir se défendre. En même temps, cette dernière ressent un énorme sentiment de honte qui l'oblige à maintenir cet abus secret [21]. Ce dernier aspect est d'ailleurs renforcé par un conflit de loyauté si l'agresseur est un membre de la famille.
2. Puis, comme cela s'observe souvent dans les cas des syndromes post-traumatiques, il y a une période de *latence* qui peut durer de quelques mois à quelques années avant que des troubles psychosomatiques ne surviennent. Les victimes feront d'ailleurs tout pour essayer d'oublier ces événements.

3. Finalement, lorsque des *symptômes* apparaîtront, plus personne ne fera la relation entre les abus initiaux et l'apparition des symptomatologies².

Pour résumer tout cela très brièvement, on peut observer chez les victimes que les abus enregistrés dans leur « disque dur » vont se re-manifester encore et encore, tant que les agressions initiales n'ont pas été déprogrammées, c'est-à-dire, tant qu'elles n'ont pas été identifiées et traitées. Nous entrons ainsi dans le chapitre très décourageant des maladies chroniques. La partie somatique de ces affections relève de ce qu'on appelle *la mémoire du corps*.

Ainsi, dans les cas des abus sexuels, les manifestations corporelles des empreintes laissées par les agressions se manifesteront par des symptomatologies situées au niveau du petit bassin et appelées le syndrome cloacal [22]. Pour mémoire, le cloaque est une petite membrane pluripotentielle que l'on retrouve chez l'embryon de 3-4 semaines et qui donnera ensuite naissance aux trois systèmes différenciés que sont le système urinaire, le système génital et le système digestif bas. Les conséquences somatiques des abus sexuels pourront ainsi s'exprimer sur l'un ou l'autre de ces systèmes ou s'y déplacer.

Comme on peut l'imaginer, les douleurs physiques enregistrées lors des maltraitances se rappellent régulièrement aux victimes sous forme de diverses douleurs. Les plus fréquemment rencontrées sont les douleurs rachidiennes et ostéo-articulaires.

Les abus émotionnels laisseront aussi des marques inscrites dans le corps sous forme de tensions diverses. On pourra observer bon nombre de troubles fonctionnels ainsi que des déplacements de symptômes au gré des traitements symptomatiques. Les expressions somatiques seront plus diffuses, moins précises par leurs localisations que dans les deux formes d'abus décrits ci-dessus. On y retrouvera fréquemment l'hypertension artérielle, les troubles cardiopulmonaires, digestifs, ORL, dermatologiques, allergiques, et souvent les troubles somatoformes douloureux [23-25].

À ce stade, il est néanmoins important de dire que tout n'est pas psychosomatique, qu'il existe des causes génétiques, toxicologiques, accidentelles, etc. qu'il convient à chaque fois d'exclure. Mais, à chaque rechute inexplicée pour un symptôme ou une maladie traitée efficacement (infections urinaires à répétitions, par exemple), il conviendra aussi de se poser la question d'une éventuelle cause abusive. Comme nous l'avons déjà précisé plus haut, les victimes d'abus souffrent aussi de toute une gamme de symptomatologies de mal-être psychique ainsi que des troubles du comportement.

Finalement, une des raisons principales de ces diagnostics manqués relève du fait que nous avons appris à poser des diagnostics avant tout sur les conséquences (symptomatologie) des abus et non sur les causes. Pourtant, les symptômes sont aussi importants que les lampes témoins qui clignotent sur un tableau de bord et qui signalent une défectuosité du moteur. Mais il ne viendrait à l'idée de personne de changer les ampoules témoins au lieu de procéder à la réparation du moteur.

2. Le but de cet article n'étant pas de détailler tous les symptômes psychosomatiques et comportementaux consécutifs aux abus, on pourra pour cela se référer à divers ouvrages ou articles cités en bibliographie.

Le traitement

Bien qu'un traitement symptomatique soit souvent indispensable pour traverser une période de crise, nous comprendrons qu'il est cependant insuffisant pour guérir le patient de ses blessures abusives. Les médicaments auront peu d'impact sur les lésions causales et pour pouvoir soigner nos patients, nous aurons besoin d'inventer de nouvelles approches thérapeutiques.

Mais tout d'abord, il faut passer par la première phase qui est celle de la prise de conscience autant chez le patient que chez le médecin de la relation entre les événements abusifs et l'apparition des symptômes. Pour revenir à l'exemple de la voiture, il faut identifier la cause de la panne.

Il ne faudrait pas tomber dans le piège de penser envoyer tous nos patients abusés chez les psychiatres. Nos collègues submergés par les nouvelles demandes ne seraient rapidement plus en mesure de faire face à cette vague. Mais surtout, l'expérience montre que la psychothérapie seule n'arrive pas à réparer ces grands délabrements. En effet, la thérapie verbale permet au patient d'évoluer sur le plan

psychique, mais elle ne permet pas de libérer la mémoire du corps [26].

Évoquons enfin tous les problèmes de troubles du comportement qu'il n'a pas été possible de discuter ici, dont il faut aider le patient à s'extirper progressivement. En effet, on observe que ces personnes rejouent inlassablement les mêmes scénarios et se remettent toujours à nouveau dans des situations de revictimisation. En identifiant ces problématiques répétitives, il sera déjà possible d'avoir un certain impact dans le domaine de la prévention.

La formule magique n'existe pas et il appartient à chacun d'entre nous de mettre, à sa manière, une nouvelle pierre dans l'édifice de la reconstruction de la santé³.

Déclaration d'intérêt : C. Gauthier, généraliste, psychosomaticienne ASMPP, est auteur de « Sommes-nous tous des abusés ? », aux éditions Médecine & Hygiène.

3. Un traitement spécifique est décrit dans *Sommes-nous tous des abusés ?* et une formation pour l'apprentissage de la thérapie émotionnelle est proposée sur le site www.formation-emotions.ch

Références :

1. DSM IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Paris: Masson, 2004.
2. CIM 10. Classification internationale des maladies. Paris: Masson; 2002.
3. Gauthier C. Le médecin de premier recours face aux abus sexuels. Rev Med Suisse. 2009;5:790-3.
4. Mendicino F. Je vais traîner ce poids toute ma vie. Tribune de Genève, 27-28 février 2008.
5. Observatoire national de l'action sociale. La maltraitance en France, tableaux et statistiques. Paris: ODAS; 2005.
6. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève: OMS; 2002.
7. OMS, Les maltraitances des enfants et le manque de soins de la part des parents et des tuteurs, chapitre 3. Genève: OMS; 2005.
8. Gauthier C. Pourquoi l'ampleur des abus est-elle sous-estimée et les patients insuffisamment traités ? Rev Med Suisse. 2008;4:611-4.
9. Halperin D, Bouvier P, Jaffe P, Mounoud RL, Pawlack C, Laederach J, et al. Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva : results of a cross sectional survey. BMJ. 312:1326-9.
10. Jaspard M pour l'équipe ENVEFF (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, INED). Nommer et compter les violences envers les femmes : une première enquête nationale en France. Population et sociétés. 2001:364.
11. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de la santé. Rapport au ministère de la Santé par un groupe d'experts sous la présidence du Professeur Henrion. Paris: La documentation française; 2001.
12. Bretonnière-Frayse A, Civiol F, Coutrot AM, Desurmont M, Ducruzet C, Jacquey MJ, Poilpot MP. Femmes en détresse, femmes en souffrance. De la violence conjugale à la violence parentale. Toulouse: Erès; 2001.
13. Coutrot AM, Jacquey MJ. Les femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants. De la violence conjugale à la violence parentale. Paris: Erès-Fondation pour l'enfance; 1998.
14. Desurmont M. Violences pendant la grossesse, violences après la naissance. De la violence conjugale à la violence parentale. Paris: Erès-Fondation pour l'enfance; 2001.
15. Maurel O. La fessée. Sète: La Plage; 2005.
16. Babcock K, Tomicic A. Abus sexuel à l'égard des enfants. Ottawa: Agence de santé publique du Canada; 2006.
17. UNICEF, BODYSHOP, Secrétariat des Nations Unies. Derrière les portes closes, l'impact de la violence domestique sur les enfants. Rapport conjoint 2006.
18. Vivet P. Les enfants maltraités. Toulouse: Les Essentiels Milan; 2007.
19. Maurel O. Oui, la nature humaine est bonne ! Paris: Robert Laffont; 2009.
20. Hirigoyen MF. Le harcèlement moral. Paris: Pocket; 2001.
21. Briel P. Eclairages : on met parfois des années à comprendre qu'on a été abusé, Le Temps, 29 janvier 2008.
22. Devroede G. Ce que les maux de ventre disent de notre passé. Paris: Payot & Rivages; 2003.
23. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, Li ZM, Gluck H, Toomey TC, Mitchell CM. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. Ann Intern Med. 1990;113:828-33.
24. Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorders. Am J Psychiatry. 1998;146:239-41.
25. Tebbutt J. Five years after child sexual abuse, Persisting dysfunction and problems of prediction. J Am Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(3):330-9.
26. Gauthier C. Sommes-nous tous des abusés ? Comprendre, détecter, soigner les abus par une approche psychosomatique. Chêne-Bourg: Georg; 2008.

En résumé : Qui sont nos patients abusés et de quoi souffrent-ils ?

- ▶ L'absence d'une définition précise de l'abus ne permet pas d'en poser le diagnostic. Les abus représentent tout dépassement et manque de limite.
- ▶ Il y a trois formes d'abus : sexuels, physiques et émotionnels. Les abus sexuels peuvent être subis par contact direct ou sans contact, les abus par procuration sont subis par le témoin.
- ▶ Les conséquences des abus s'expriment par des troubles psychosomatiques et comportementaux (les abus sexuels se manifestant par le « syndrome cloacal »).
- ▶ Pour qu'une thérapie soit efficace, elle doit également s'adresser au corps.