

CONFÉRENCE DE CONSENSUS
6 ET 7 NOVEMBRE 2003

Conséquences des maltraitances sexuelles

Reconnaître, soigner, prévenir

Sous la direction de :
Nicole Horassius et Philippe Mazet

Avec les experts

Charmasson C., Chiland C., Choquet M., Ciavaldini A.,
Coinçon Y., Cordier B., Dantchev N., Dayan J., François I.,
Fremy D., Garret-Gloanec N., Guettier B.,
Haesevoets Y.-H., Hayez J.-Y., Hochart F., Huerre P.,
Jehel L., Jonas C., Lopez G., Magnen F., Marciano P.,
Martin-Blachais M.-P., Massardier L., Nathanson M.,
Nezelof S., Parret C., Picherot G., Porchy M.-P., Portelli S.,
Salbreux R., Savin B., Seguin-Sabouraud A.,
Thévenot J.-P., Vila G.

FFP

FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE



Conséquences des maltraitances sexuelles

Reconnaître, soigner, prévenir

- Comment reconnaître une maltraitance récente ou plus ancienne, tant chez le petit enfant que chez l'adolescent ou l'adulte ?
- Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle récente/ancienne ?
- Quelles sont les interactions entre les parcours médicaux, sociaux et judiciaires ?
- Quels sont les modes de prévention envisageables pour réduire le risque de maltraitance sexuelle et sa répétition ?

Telles sont les questions auxquelles se sont attachés à répondre un panel d'experts, puis un jury qui a établi la synthèse de leurs travaux, en l'associant aux discussions publiques et aux données de la littérature.

Cet ouvrage, qui reprend les travaux de la conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie, qui regroupe l'ensemble des sociétés nationales de psychiatrie, en novembre 2003, s'adresse à un large public, tant dans le domaine médical, paramédical que social et juridique.

Comité d'organisation : Nicole HORASSIUS (Présidente), Jean-François ALLILAIRE, Françoise CARPENTIER, Liliane DALIGAND, Jacques FORTINEAU, Hervé HAMON, Christian HERVE, Sophie LEMERLE, Philippe MAZET, Frédérique NOËL, Michaël ROBIN, Jean-Michel THURIN

Membres du Jury : Philippe MAZET (Président), Michèle BERNARD-REQUIN, Nadya BOUCHEREAU, Marion BRONCHARD, Danièle BROUDEUR, Arianne CASANOVA, Florent COSSERON, Bernard DURAND, Nathalie GLUCK, Mayssoume HACHEM-LEVY, Hélène LOSSENT, Jean-Claude MONIER, Jean-François PICHERAL, Yves SCHULIAR, Jean-Louis SENON, Daniel SIBERTIN BLANC, Françoise TENDRON

CONFÉRENCE DE CONSENSUS
6 ET 7 NOVEMBRE 2003

FFP

FÉDÉRATION
FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE



john-libbey-eurotext.fr



Conséquences des maltraitances sexuelles

Reconnaître, soigner, prévenir

ISBN 2-7420-0511-0

Éditions John Libbey Eurotext
127, avenue de la République, 92120 Montrouge, France
Tél. : 01 46 73 06 60
E-mail : contact@john-libbey-eurotext.fr
Site internet : <http://www.john-libbey-eurotext.fr>

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte-Anne. Bât. B. 1, rue Cabanis, 75014 Paris
Tél. : 01 48 04 73 41
E-mail : ffp@internet-medical.com
Site internet : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

John Libbey Eurotext
42-46 High Street
Esher, Surrey
KT10 9KY
United Kingdom

© 2004, John Libbey Eurotext, Paris et Fédération Française de Psychiatrie

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Conférence de consensus
6 et 7 novembre 2003

Conséquences des maltraitances sexuelles

Reconnaître, soigner, prévenir

Promoteur
Fédération Française de Psychiatrie

Sociétés partenaires
Société Francophone de Médecine d'Urgence
INAVEM – Institut National d'Aide aux Victimes et de Médiation
Société Française de Pédiatrie
Collège National des Généralistes Enseignants

Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).
Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

Une coédition



Comité d'organisation

Nicole Horassius, Présidente du Comité d'organisation, psychiatre, Aix-en-Provence
Jean-François Allilaire, professeur de psychiatrie, Université Paris VI, chef de service, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
Françoise Carpentier, professeur de réanimation médicale, CHU Grenoble
Liliane Daligand, professeur de psychiatrie, Institut de médecine légale, Lyon
Jacques Fortineau, psychiatre enfants et adolescents, Paris
Hervé Hamon, juge d'instruction, Paris
Christian Hervé, directeur du laboratoire d'éthique médicale de la faculté de médecine
de Necker-Enfants Malades, Paris
Sophie Lemerle, pédiatre, Paris
Philippe Mazet, président du jury, professeur de psychiatrie enfants et adolescents, chef de service, CHU
Pitié-Salpêtrière, Paris
Frédérique Noël, médecin généraliste, Paris
Michaël Robin, psychiatre, chef de service, EPS Charcot, Plaisir
Jean-Michel Thurin, psychiatre, exercice libéral, Paris

Membres du jury

Philippe Mazet, président du jury, professeur de psychiatrie enfants et adolescents, CHU Pitié-Salpêtrière, Paris
Michèle Bernard-Requin, magistrat, Paris
Nadya Bouchereau, cadre infirmier, Lyon
Marion Bronchard, psychiatre, EPS Charcot, Plaisir
Danièle Broudeur, psychologue, Lyon
Arianne Casanova, psychiatre, exercice libéral, Chilly-Mazarin
Florent Cosseron, psychiatre, centre médical et pédagogique pour adolescents, Neufmoutier
Bernard Durand, psychiatre enfants et adolescents, CHI, Créteil
Nathalie Gluck, psychiatre adultes, ASM XIII, Paris
Mayssoume Hachem-Levy, journaliste, Marseille
Hélène Lossent, assistante sociale, AFIREM, responsable Santé scolaire en Vendée, La Roche-sur-Yon
Jean-Claude Monier, Président de Cour d'Assises, Cour d'Appel de Douai
Jean-François Picheral, sénateur, Aix-en-Provence
Yves Schuliar, médecin chef (service de Santé des Armées), expert en médecine légale près la Cour d'Appel de
Paris, sous-directeur scientifique de l'Institut de recherche criminelle de la Gendarmerie nationale,
Rosny-sous-Bois
Jean-Louis Senon, professeur de psychiatrie, CH Henri-Laborit, Poitiers
Daniel Sibertin Blanc, professeur de psychiatrie enfants et adolescents,
centre psychothérapeutique, Nancy Laxou
Françoise Tendron, pédiatre, PMI, DISS, Nantes

Experts

Christiane Charmasson, psychiatre, responsable de la mission Sida, Paris
Colette Chiland, psychiatre, psychanalyste, professeur émérite à l'Université René-Descartes, Paris
Marie Choquet, épidémiologiste, directeur de recherche INSERM U.472, Villejuif
André Ciavaldini, docteur en psychopathologie clinique, psychanalyste (SPP), Centre de traitements et de
recherches psychanalytiques du CH de Saint-Égrève, Université Grenoble 2, Grenoble
Yvonne Coinçon, psychiatre enfants et adolescents au CH de Saint-Égrève, présidente de l'API, Grenoble
Bernard Cordier, psychiatre, Hôpital Foch, Suresnes
Nicolas Dantchev, psychiatre, Hôtel-Dieu, Paris

Jacques Dayan, psychiatre enfants et adolescents, Maître de conférence à l'institut de psychiatrie de Londres, CHU de Caen

Irène François, médecine légale et Droit de la Santé, Hôpital général, Dijon cedex

Dominique Fremy, psychiatre enfants et adolescents, centre de thérapie familiale, Besançon

Nicole Garret-Gloanec, psychiatre enfants et adolescents, Nantes

Blandine Guettier, psychiatre enfants et adolescents, CH Gonesse

Yves-Hiram Haesevoets, psychologue, expert près des tribunaux et coordinateur d'un service d'accueil et d'accompagnement éducatif, Bruxelles

Jean-Yves Hayez, professeur de psychiatrie enfants et adolescents, docteur en psychologie, coordonnateur de l'équipe SOS Enfants-Famille et responsable de l'unité de pédopsychiatrie, Clinique universitaire Saint-Luc, Bruxelles

Françoise Hochart, pédiatre responsable du Pôle de références régionales Nord-Pas-de-Calais, d'Accueil Hospitalier des Victimes d'Aggression à caractère sexuel et Enfants maltraités, Lille

Patrice Huerre, directeur médical de la clinique médico-universitaire Georges-Heuyer, psychiatre des hôpitaux, expert près la Cour d'Appel de Paris, Paris

Louis Jehel, psychiatre, Hôpital Tenon, Paris

Carol Jonas, psychiatre, docteur en droit, expert judiciaire, CHU de Tours

Gérard Lopez, psychiatre, Paris

Florence Magnen, sociologue, présidente AFIREM, membre de la Commission Recherche, Talant

Paul Marciano, psychiatre, CH de Béziers

Marie-Paule Martin-Blachais, médecin, thérapeute familial, Chartres

Luc Massardier, psychiatre, SMPR de la Santé, Paris

Mireille Nathanson, pédiatre, Hôpital Jean-Verdier, Bondy

Sylvie Nezelof, psychiatre enfants et adolescents, CHU Besançon

Chantal Parret, thérapeute familial, directeur du CRICS

Georges Picherot, pédiatre, Urgence et clinique médicale pédiatrique, CHU Nantes

Marie-Pierre Porchy, juge d'instruction au Tribunal de Grande Instance, Lyon

Serge Portelli, magistrat, maître de Conférences à l'IEP de Paris

Roger Salbreux, psychiatre enfants et adolescents, responsable de la délégation AIRHM-France (Association internationale de recherche scientifique en faveur des personnes handicapées mentales), Paris

Bernard Savin, psychologue clinicien, docteur en psychologie, Intersecteur du Couple et de la Famille, Chantilly, Fédération des soins aux détenus, Centre hospitalier interdépartemental, Clermont

Aurore Seguin-Sabouraud, psychiatre, centre du psychotraumatisme, institut de victimologie, Paris

Jean-Pierre Thévenot, psychiatre enfants et adolescents, CMP Compoint, Paris

Gilbert Vila, psychiatre, Fédération de Pédiatre, CHU Necker-Enfants Malades, Paris

Groupe bibliographique

Jean-Louis Goëb, AIHP, CCA, Unité de psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, CHU Angers

Bénédicte Gohier, PH, service de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU Angers

Fabien Juan, interne DES psychiatrie, service de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU Angers

Stéphane Lucas-Navarro, interne en psychiatrie, service de psychiatrie, CHU Saint-Étienne

Stéphanie Martin, interne de médecine générale, CHU Saint-Étienne

Sabine Mouchet, interne DES psychiatrie, Hôpitaux de Paris

Catherine Polge, documentaliste, Fédération Française de Psychiatrie et INSERM E331, Montpellier

Muriel Senn, interne en psychiatrie, service de pédopsychiatrie, CHU Saint-Étienne

Marianne Wong Hee Kam, interne DES psychiatrie, service de pédopsychiatrie, CHU Saint-Étienne

Sommaire

Préambule.....	XI
Préambule du président du Jury.....	XIII

Textes des experts

Introduction

Problèmes soulevés par la maltraitance sexuelle et ses conséquences <i>Colette Chiland</i>	5
Histoire juridique et sociale de la maltraitance sexuelle et de sa prise en charge. <i>Marie-Pierre Porchy</i>	9

Données épidémiologiques

Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? <i>André Ciavaldini, Marie Choquet</i>	19
Quels sont les éléments permettant d'évaluer les risques de conséquences à moyen et long terme ? <i>Gilbert Vila</i>	33
Facteurs de risque ou de protection chez le mineur d'âge victime d'abus sexuel <i>Jean-Yves Hayez</i>	47

Sur quels signes reconnaître une maltraitance sexuelle récente ?

Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 0 à 3 ans ? <i>Georges Picherot, Laurence Dufilhol-Dréno, Martine Balençon, Nathalie Vabres</i>	67
Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant de 3 ans à la puberté ? <i>Mireille Nathanson, Blandine Guettier</i>	73
Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'adolescent ? <i>Patrice Huerre</i>	83
Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez l'adulte et la personne âgée ? <i>Irène François</i>	87
Comment reconnaître une maltraitance sexuelle récente chez les personnes handicapées ? <i>Roger Salbreux, avec la participation de Christiane Charmasson</i>	95

Comment reconnaître une maltraitance ancienne ?

Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? <i>Yvonne Coinçon, Jean-Pierre Thévenot</i>	103
Comment reconnaître une maltraitance ancienne chez l'adulte et la personne âgée ? <i>Nicolas Dantchev</i>	111
Quels éléments retenir pour confirmer une révélation de maltraitance sexuelle, émanant d'un enfant ou de ses parents, ou d'un adulte pour lui-même ? <i>Yves-Hiram Haesevoets</i>	139
Quels sont les outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle ? <i>Outils permettant de repérer la gravité des violences sexuelles subies par l'enfant ou l'adolescent</i> <i>Jacques Dayan</i>	157
<i>Outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle subie par un adulte</i> <i>Louis Jehel</i>	164

Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle récente-ancienne ?

Comment aborder et traiter une maltraitance récente chez l'enfant et l'adolescent ? <i>Françoise Hochart, Nicole Garret-Gloanec</i>	175
Comment aborder et traiter une maltraitance récente chez l'adulte et la personne âgée ? <i>Aurore Séguin-Sabouraud</i>	193
Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle ancienne chez l'enfant et l'adolescent ? <i>Dominique Fremy</i>	207
Comment aborder et traiter une maltraitance ancienne chez l'adulte ? <i>Gérard Lopez</i>	217
Les maltraitances sexuelles dans les maisons de retraite, les prisons et l'Armée <i>Luc Massardier</i>	239

Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle ?

Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle lorsque la victime est un enfant ? <i>Chantal Parret</i>	253
Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle lorsque la victime est un adulte ou une personne âgée ? <i>Bernard Savin</i>	261

Interactions entre les parcours médicaux, sociaux et judiciaires

Vers qui et comment orienter la victime d'une maltraitance sexuelle, quelles sont les principales modalités du parcours judiciaire ? <i>Serge Portelli</i>	269
Quels sont les effets potentiels du parcours judiciaire, de l'attitude des professionnels rencontrés, des examens cliniques, des auditions, des confrontations sur la santé de la victime ? <i>Sylvie Nezelof</i>	281
Quelles sont, en fonction des différents types d'expertise, les questions auxquelles l'expert est amené à répondre et quelles peuvent en être les implications pour la prise en charge médicale ? <i>Bernard Cordier, Claudie Giraudier, Martine Brousse</i>	291
Quel est le rôle du psychiatre au long du parcours judiciaire de la victime ? <i>Carol Jonas</i>	299
Quelles sont les relations du psychiatre avec le somaticien et les autres acteurs de santé concernés ? <i>Paul Marciano</i>	311

Prévention

La prévention collective des abus sexuels : une voie hasardeuse ? <i>Florence Magnen, Marie-Paule Martin-Blachais</i>	319
--	-----

Groupe bibliographique

Recherche documentaire pour la préparation de la conférence de consensus <i>Catherine Polge</i>	333
Exposé critique des définitions <i>Catherine Polge</i>	339
Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ? <i>Sabine Mouchet</i>	349
Quels sont les éléments permettant d'évaluer les risques de conséquences à moyen et long terme ? <i>Marianne Wong Hee Kam</i>	369
Existe-t-il chez l'enfant des facteurs de risque particuliers liés à son âge, aux caractéristiques de l'agresseur et à la qualité de l'environnement, notamment familial ? <i>Marianne Wong Hee Kam</i>	401
Sur quels signes reconnaître une maltraitance sexuelle récente ou ancienne chez l'enfant ? <i>Jean-Louis Goëb</i>	411
Sur quels signes reconnaître une maltraitance sexuelle récente ou ancienne chez l'adulte ? <i>Muriel Senn</i>	427

Quels sont les outils de repérage permettant d'évaluer la gravité du traumatisme lié à une maltraitance sexuelle ? <i>Sabine Mouchet</i>	455
Devant la révélation d'une maltraitance sexuelle, quels éléments retenir pour l'apprécier ? <i>Stéphane Lucas Navarro</i>	461
Comment aborder et traiter une maltraitance sexuelle récente chez l'enfant et l'adolescent ? <i>Fabien Juan</i>	473
Comment traiter en psychiatrie les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle récente ou ancienne ? <i>Stéphane Lucas Navarro</i>	499
Comment aborder et traiter les conséquences du traumatisme associé à une maltraitance sexuelle récente ou ancienne chez l'adulte ou la personne âgée ? <i>Muriel Senn</i>	525
Face aux victimes de viols, y a-t-il lieu de tenir compte de spécificités de contexte (viols en institution, viols collectifs, viols homosexuels) ? <i>Stéphanie Martin</i>	535
Comment prendre en compte le rôle de la famille dans les conséquences potentielles de la maltraitance sexuelle sur la famille et sur la victime ? <i>Stéphanie Martin</i>	539
Interactions entre les parcours médicaux, sociaux et judiciaires <i>Bénédicte Gohier</i>	547
Quels sont les modes de prévention familiale et collective envisageables pour réduire le risque de maltraitance sexuelle et sa répétition ? <i>Marianne Wong Hee Kam</i>	561
Annexe.....	569
<i>Recommandations du jury</i>	
Conséquences des maltraitances sexuelles : recommandations du jury <i>Sous la présidence de Philippe Mazet</i>	573

Préambule

En 2001 la Fédération Française de Psychiatrie a organisé une conférence de consensus sur « Psychopathologie et traitement des auteurs d'agression sexuelle ».

En 2003, elle vient de se pencher sur le sort des victimes afin d'établir un consensus sur le thème « Conséquences des maltraitances sexuelles, les reconnaître, les soigner, les prévenir ». Cette conférence s'est tenue à Paris le 6 et le 7 novembre avec le soutien du ministère de la Santé et elle a suivi la méthodologie de l'ANAES.

En réalisant cette conférence, volet complémentaire de celle qui concernait les traitements des auteurs d'agression sexuelle, la FFP a jeté les bases d'une véritable action de santé publique qui se poursuivra, suivant les nécessités, par des actions plus ciblées, plus focalisées.

En effet, situé à la lisière du « fait social », le thème choisi était très vaste, mais nous n'avons pas pu le limiter à l'enfant pour trois raisons principales :

- d'abord les victimes d'agressions sexuelles chez l'adulte ne constituent pas une population négligeable, loin s'en faut ;
- ensuite la séparation enfant/adolescent/adulte ne se situe pas suivant des critères d'âge précis. Cette question est encore accentuée avec le problème lié aux personnes très vulnérables, en particulier handicapées ;
- enfin les maltraitances ont souvent des conséquences lointaines qui se retrouvent chez l'adulte.

Ce thème, vaste, s'inscrit également dans le champ de plusieurs spécialités médicales : urgences hospitalières, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, etc.

Ce thème de plus n'est pas exclusivement médical, mais touche à bien d'autres domaines professionnels : police, éducation nationale, services pénitentiaires, magistrature, services d'aide à l'enfances, associations d'aide aux victimes...

Pour bien tenir compte de cette diversité, suivant en cela la méthodologie de travail de l'ANAES (précisée dans la grille AGREE), le Comité d'organisation a désigné des experts de plusieurs spécialités médicales et de plusieurs professions. Il a choisi un jury qui s'est efforcé de formuler des recommandations claires, compréhensibles et applicables par tous. La composition de notre jury s'est d'ailleurs voulue diversifiée afin de prendre en compte notamment les divers utilisateurs potentiels

Ces recommandations seront affichées dans la Banque française d'Évaluation Santé, BFES, que publiera l'ANAES en 2004 et, bien sûr, on peut les consulter sur Psydoc-France, le site de la FFP.

Les lecteurs de cet ouvrage apprécieront sans doute la qualité et la rigueur des rapports d'experts ainsi que les travaux internationaux analysés par le groupe de bibliographie à partir de la documentation sélectionnée par C. Polge.

Quelques points forts se sont particulièrement bien dégagés de l'ensemble des travaux :

- À tous les âges, dans toutes les situations, on peut être victime de maltraitance sexuelle.
- Que la maltraitance soit récente ou ancienne, ses voies d'accès à une aide ou à une prise en compte sont diverses et même aléatoires, depuis le secret confié à la voisine ou à l'infirmière scolaire jusqu'au témoignage auprès des services de police en passant par la consultation aux urgences hospitalières ou auprès d'autres services médicaux et psychologiques. Toutes les voies existent et sont possibles.
- L'intervention des professionnels, quels qu'ils soient, doit veiller avant tout à ne pas aggraver la situation, à ne pas créer une « survictimisation » parfois très dommageable pour l'avenir psychologique et affectif du sujet.
- Et surtout, les membres du jury l'ont beaucoup souligné, l'accueil doit toujours se centrer sur la personne elle-même. On accueille une personne, une personne qui a certes été victime d'une maltraitance (qu'il faut savoir reconnaître et soigner) mais avant tout une personne bien particulière avec son histoire toujours singulière et avec son environnement social et familial propre. Un des soucis majeur pour l'avenir, c'est d'éviter que cette personne ne se retrouve enfermée dans un statut de victime, statut qui pourrait lui être très préjudiciable à terme.
- Enfin et c'est le dernier point fort que je veux évoquer : plusieurs professions interviennent dans le domaine de la maltraitance sexuelle. Il est capital, il est indispensable pour l'avenir de la victime qu'elles agissent en partenariat et en complémentarité. Ici, plus peut-être qu'ailleurs, c'est la notion de pluridisciplinarité et de réseau qui doit prévaloir.

Je remercie les membres du Comité d'organisation, les experts, le groupe des lecteurs de la bibliographie, les membres du jury et leur Président, le Pr Philippe Mazet, d'avoir, tous ensemble, su mener à bien ce travail qui, par ailleurs, doit beaucoup à l'aide efficace, discrète et dévouée de Monique Thurin.

Cette conférence aura pleinement atteint son objectif si elle améliore les pratiques et contribue ainsi à soulager la détresse des victimes et de leur famille.

Dr Nicole Horassius
Président du Comité d'Organisation

Préambule du président du jury

Le thème de la conférence de consensus sur « *Les conséquences des maltraitements sexuelles. Les reconnaître, les soigner, les prévenir* » amène d'abord à souligner le fait qu'il concerne un *problème de société* en raison du silence qui a trop longtemps pesé sur les situations de maltraitance, et du trop peu de reconnaissance sociale d'une réalité qu'on ne prend en considération que depuis peu. En France, en 2002, en s'appuyant sur les seuls signalements qui ne traduisent qu'une petite partie de ce drame social, 5 900 enfants (parmi 20 000 enfants signalés pour maltraitance en général) ont été victimes de violences sexuelles (source de l'Office décentralisé de l'action sociale – ODAS – 2003). Ces données ne concernent qu'une partie de ce fléau puisqu'aucun chiffre valide ne peut être avancé pour les maltraitements sexuelles touchant les autres personnes vulnérables, personnes âgées ou handicapées, ni même les adultes.

Au-delà du drame de société, il y a là un important *problème de santé publique* si l'on prend en compte la fréquence des souffrances et des conséquences médico-psychologiques, psychiatriques et sociales, présentées à court, moyen et long termes par les personnes victimes. Ces violences concernent les professionnels de santé, qui apportent des soins dans l'espace familial comme dans les murs des institutions accueillant des personnes vulnérables, ou encore dans les cabinets des médecins généralistes ou spécialistes, les services de médecine scolaire, les équipes pédiatriques et psychiatriques, ou les unités d'urgence ou de gynécologie des hôpitaux.

Les maltraitements sexuelles incitent les professionnels de santé à un décloisonnement de leurs pratiques puisque s'impose un travail partenarial et en réseau avec l'école, les services socioéducatifs, les associations mais aussi la justice et la police. Les violences intrafamiliales ou domestiques comme intra-institutionnelles sont pour les acteurs de santé une préoccupation centrale, dans la mesure où elles sont encore plus cachées et touchent surtout les personnes les plus fragilisées. Ces maltraitements imposent aux soignants l'impérieuse nécessité de la protection des droits de la personne, droit au respect de la personne dans son intégrité physique comme psychique, qui rappelle que la non-ingérence dans le cercle privé de la famille ou de l'institution s'arrête là où commence la non-assistance à personne en péril quand quelqu'un et notamment un enfant ou une personne vulnérable est victime de maltraitements sexuelles.

Dans la pratique, il faut noter d'emblée la diversité des situations, selon la nature de la maltraitance sexuelle, selon l'âge de la personne victime, selon les modalités de l'accueil, de l'orientation, de l'accompagnement et de la prise en charge. Mais au-delà de cette diversité, il s'agit toujours de repérer systématiquement les signes éventuels de maltraitance sexuelle, quels que soient les motifs avancés de la consultation, et de prendre en compte les *trois dimensions* potentielles, médicale et de soin, judiciaire, sociale, plus ou moins imbriquées, d'une telle situation.

Cette conférence de consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), avec le soutien de la Direction générale de la Santé (DGS), a pour objectif de proposer des recommandations pour non seulement mettre l'accent sur cette douloureuse réalité mais aussi de proposer

des recommandations (une trentaine) en vue de modifier les pratiques. Ces recommandations rédigées par le jury auquel ont participé une vingtaine de professionnels d'horizons divers, s'appuient sur les travaux des experts qui les ont exposés au cours de deux journées (6 et 7 novembre 2003) et sur la littérature internationale. Bien entendu, le jury a mis l'accent dans son travail sur ce qui fait consensus tant dans les pratiques que dans les points de vue qui les sous-tendent.

Quatre axes (ou temps) de la démarche sont proposés dans l'abord de ce thème :

- y penser, avec ses implications dans la reconnaissance de la maltraitance comme dans l'information, la formation des professionnels et la prévention ;
- reconnaître la maltraitance, en tenant compte notamment des particularités liées à l'âge ;
- accueillir, orienter, accompagner ;
- traiter.

Et ceci, tout au long du parcours de la personne victime, y compris en l'aidant, le moment venu, à sortir de son statut de victime.

Peut-être peut-on, avant d'entrer dans le vif du sujet, faire une première recommandation générale :

- prendre en considération, quelle que soit la situation, le fait qu'il s'agit *d'un sujet en souffrance*, et le faire tout au long du parcours, quel que soit le lieu d'accueil, le professionnel concerné, le moment du parcours ;
- prendre en compte en même temps *la souffrance de son entourage*.

Pr Philippe MAZET
Président du jury

Textes des experts

Introduction

Problèmes soulevés par la maltraitance sexuelle et ses conséquences

Colette Chiland

■ Terminologie

Au cours de la conférence, on sera certainement amené à définir les termes. Pourquoi choisir « maltraitance » plutôt que d'autres termes souvent utilisés : abus ou sévices sexuels, violence(s) sexuelle(s), agressions et atteintes sexuelles (des bénignes atteintes à la pudeur jusqu'au viol et à l'inceste qui est seulement qualifié par la loi de « viol aggravé ») ? Pour faire entrer les maltraitements sexuels dans le cadre général des maltraitements ? Le mot implique continuité ou répétition plutôt qu'un acte isolé.

On sera aussi amené à énumérer tout ce qui peut entrer dans le cadre de la maltraitance sexuelle : manœuvres pédérastiques, inceste, viol (avec la reconnaissance récente de la possibilité d'un viol au sein d'un couple marié ou assimilé), femmes battues, prostitution (sauf si elle est « volontaire »...).

L'exhibition sur la voie publique est une atteinte sexuelle ; mais que font des parents qui ont des relations sexuelles sous le regard de l'enfant ? J'ai connu des parents qui se pensaient « modernes » et libérateurs en mettant leur enfant dans leur lit quand ils faisaient l'amour.

■ Les limites légales de la maltraitance sexuelle

En France, la maltraitance est balisée par deux repères : l'âge et le consentement. Tout est permis dans la vie sexuelle privée, si les sujets sont majeurs et consentants. Ce n'est pas le cas ailleurs ; ainsi les rapports sexuels anaux (désignés du terme péjoratif de « sodomie ») entre deux époux sont passibles de poursuites dans un certain nombre d'États aux États-Unis.

On ne considère pas qu'il puisse y avoir un consentement de l'enfant mineur sexuel. Où est la limite d'âge ? En France, elle se situe à 15 ans ; elle varie selon les pays. Mais de toute façon, à un même âge chronologique, les sujets n'ont pas tous le même développement intellectuel, ni le même équilibre émotionnel.

Le consentement n'est pas non plus si facile à définir ; on peut être consentant au début et ne l'être plus ensuite.

■ La valeur de l'enfant et de la femme comme personne humaine à part entière

Pour qu'on puisse parler de maltraitance sexuelle d'enfants, il a fallu toute une évolution culturelle qui reconnaisse que l'enfant s'appartient à lui-même, qu'il est une personne. Le *pater familias* romain avait droit de vie et de mort sur l'enfant et pouvait l'exposer en le condamnant à mourir. Jusqu'où l'enfant appartient-il à ses parents, sa famille, son lignage, son clan, son église, sa nation ? La Convention internationale des droits de l'enfant (20 novembre 1989) est un produit de la culture occidentale ; bien des migrants en France ne peuvent pas comprendre qu'ils n'aient pas le droit de battre leur enfant comme ils l'entendent et de pratiquer les mutilations sexuelles prescrites dans leur culture.

Pour qu'on condamne le viol des femmes, il a fallu toute une évolution dans la conception de la femme, qui fasse de l'éternelle mineure du droit romain (qui a tant marqué le droit français, en particulier le Code Napoléon) une personne à part entière, égale de l'homme. Dans certaines cultures, le rapt, donc le viol, était un moyen légitime de se procurer une femme. On sait que les aspects les plus avancés de cette évolution sont récents, et que l'évolution n'est pas encore achevée.

■ Le constat de maltraitance sexuelle

Que vaut la parole de l'enfant ? L'enfant a bien du mal à parler de ce qui lui est arrivé et, quand il ouvre la bouche, souvent on ne le croit pas. Il est vicieux, méchant, veut salir son agresseur, par exemple son père ; la mère, qui a vu, qui sait, ou a tout fait pour ne pas savoir, s'indigne ; les rapports sexuels du père et de la fille lui évitent « le devoir conjugal », protègent son couple. Effrayé par les conséquences pour ses parents qu'on met en avant, l'enfant se rétracte.

Parler avec l'enfant n'est pas facile. On parvient parfois à comprendre ce qui s'est passé par les détours du dessin et du jeu. Quand il parle, il est vrai que sa parole peut fluctuer ; il varie dans ce qu'il ressent et pense ; il est partagé entre des tendances contraires : sa souffrance et son attachement à ses parents.

Parfois l'enfant a menti, c'est beaucoup moins fréquent qu'on ne l'a longtemps cru.

Pour éviter la multiplication traumatique des entretiens avec l'enfant, on a proposé d'enregistrer en vidéo le premier entretien et de l'utiliser pour la suite de l'enquête. Nous aurons certainement l'occasion d'en discuter.

On a assisté ces dernières décennies à un phénomène particulier : au cours d'une psychothérapie, le plus souvent de type émotionnel, des patients (plus souvent des femmes) ont « retrouvé des souvenirs » d'agression sexuelle par leur père. Il semble que les thérapeutes considèrent facilement qu'il s'agit de souvenirs et non de fantasmes. Toujours est-il que des pères, notamment aux États-Unis, ont été traînés devant les tribunaux et condamnés malgré leurs dénégations. On a beaucoup écrit sur la question. Tout cela s'inscrit dans un mouvement de retour à une théorie de la séduction ; Freud avait mis cette théorie en doute dans sa généralité, ce qui l'avait conduit à la découverte de l'importance de la vie fantasmatique et de la sexualité infantile ; aujourd'hui on lui fait grief de l'abandon – en fait seulement partiel – de cette théorie ; ce grief ne me paraît pas fondé. Jean Laplanche a développé une théorie de la séduction généralisée, qui a séduit beaucoup de psychanalystes : l'adulte émet des signifiants énigmatiques pour l'enfant ; sa thèse me paraît une négation de la sexualité infantile, l'enfant a un corps et un vécu qui lui permettent de comprendre ces signifiants, même si ce n'est pas complètement et rationnellement.

Un autre phénomène qui prend de l'ampleur est la peur qui se développe de la pédophilie, et l'utilisation de cette accusation notamment dans des procès de divorce pour avoir la garde de l'enfant.

■ Le sujet maltraité est-il innocent ou coupable ?

On a longtemps considéré le sujet comme coupable de la maltraitance dont il était l'objet. Un film récent, *The Magdalena Sisters*, montre, à partir de faits réels, un couvent où l'on enfermait

récemment encore les filles coupables pour les punir et les redresser. Une jeune femme, victime d'un viol – dirions-nous aujourd'hui – contre lequel elle s'est défendue, est accusée d'avoir déshonoré sa famille et est enfermée ; l'opprobre ne tombe pas sur le violeur, mais sur la victime.

Aujourd'hui, on veut réagir et on insiste auprès de la victime sur le fait qu'elle est innocente, que ce n'est pas sa faute. Certes l'adulte est responsable de la maltraitance de l'enfant, particulièrement quand il est en position de responsabilité. Mais la victime a parfois été consentante au début. Parfois la fille ne dénonce l'inceste que lorsque son père la délaisse pour s'intéresser à la sœur cadette. L'enfant a une sexualité infantile, une curiosité sexuelle et se laisse prendre à des jeux érotiques, en particulier s'il connaît la personne et l'aime ; puis les choses prennent une allure inquiétante, mais la marche arrière n'est pas aisée. L'adolescente a « aguché » et ensuite été prise dans un tourbillon de violence auquel elle ne s'attendait pas ; ce que les mères des garçons ayant participé à des « tournantes » utilisent pour proclamer l'innocence de leurs fils et la culpabilité de la fille.

Il y a un danger à installer la personne agressée dans un statut de victime. Toute sa vie, elle se sentira atteinte, comme s'il était impossible de restaurer son intégrité. Cependant, c'est à restaurer son intégrité que les soins qui lui sont donnés et l'accompagnement dont elle a besoin doivent viser. Parfois pourtant, bien qu'ayant réussi sa vie, en particulier sa vie sexuelle sur bien des points (mariage avec un bon partenaire, enfants, etc.), la victime continue de se sentir atteinte ; elle attache beaucoup d'importance à la condamnation de l'agresseur pour retrouver son assise.

■ Les conséquences

Une désorganisation profonde et durable peut résulter immédiatement du traumatisme. Le trouble étant manifeste, on a quelque chance de s'en occuper.

Les conséquences à long terme seraient importantes à connaître, ce qui n'est pas facile en raison des cas qui n'ont pas été diagnostiqués et des cas qui n'ont pas été suivis. C'est souvent « après-coup » que les effets les plus redoutables se manifestent. Dans l'enfance, le sujet vit une sexualité infantile « présexuelle », comme dit Freud ; ce qu'on lui a fait, il n'en comprendra pleinement la signification que lorsqu'il sera capable d'une sexualité complète.

On sait que les agresseurs sexuels ont été souvent des enfants agressés sexuellement. Ils sont poussés à une reprise active du traumatisme subi comme moyen de le maîtriser.

Les conséquences sont polymorphes et nous entendrons parler de leurs multiples aspects dans cette Conférence de consensus.

Je n'aborderai pas la difficile question de la prévention que nous aurons aussi à traiter dans cette Conférence, pour conclure sur une courte, mais éloquente vignette.

Cas clinique

Je vois arriver dans mon bureau un enfant de 5 ans. Sa nourrice a eu l'attention attirée par l'anus de l'enfant qui saignait, et elle l'a conduit chez le médecin. L'enfant a raconté facilement que son père mettait sa quéquette dans son derrière. On me l'envoie pour des soins psychologiques.

Je n'ai pas posé de questions à l'enfant, mais l'ai laissé dessiner à sa guise. Il a dessiné un renard dont la queue était prise par la glace. Puis il a exprimé le regret de ne plus voir son père (le père était en prison pour la maltraitance sexuelle de son enfant), car son père lui offrait de grandes sucettes vertes à sucer (il y avait également eu fellation).

La consultation s'était déroulée devant quelques membres de mon équipe. Nous étions sidérés, malgré la qualité que nous prêtions à l'analyse de notre sexualité anale. Nous imaginions la dimension du pénis du père pénétrant le petit anus de l'enfant et le faisant saigner. L'enfant ne se plaignait pas ; la souffrance affleurait seulement à travers l'histoire de la queue du renard prise dans la glace. Qui plus est, il regrettait la présence de son père

qui lui donnait de si bonnes choses à sucer. La mère, oligophrène et psychotique, avait assisté à toutes les scènes sexuelles sans rien dire.

Ce cas me paraît illustrer la complexité de ce que vit un enfant (et probablement toute victime d'une maltraitance sexuelle), si bien que je n'imagine pas que nous puissions aboutir dans cette Conférence de consensus à des conclusions simplistes.

Références

Laplanche J. *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris : PUF. Réédition, collection Quadrige, avec l'index général des *Problématiques* révisé, 1994.

Sandler J, Fonagy P. *Recovered Memories of Abuse. True or False ?* London : Karnac, 1997.

Histoire juridique et sociale de la maltraitance sexuelle et de sa prise en charge

Marie-Pierre Porchy

La prise en charge judiciaire de la maltraitance sexuelle a été marquée par une évolution législative significative.

Mais il convient d'observer que c'est presque toujours le regard de la psychiatrie qui a fait progresser la réflexion sur le sujet. Et pourtant l'activité judiciaire occupe ses cours d'assises à 50 % au jugement de ces affaires dites « de mœurs », 30 % étant consacrées à la maltraitance des enfants. Ce chiffre devrait, à lui seul, déterminer les magistrats à élaborer de vraies politiques pénales de lutte contre cette criminalité particulière qui perturbe rarement l'ordre public de la rue, si chère à certains, mais qui maintient parfois les victimes dans l'enfer de la barbarie durant de longues années, dans le secret de nos alcôves.

Le ministère de la Justice a conscience de la nécessité d'une meilleure connaissance du sujet par ses propres acteurs : un observatoire de la maltraitance sexuelle est en préparation actuellement et je crois qu'il faut se réjouir de cette initiative qui sera peut-être le point de départ d'une politique pénale nationale.

L'évolution législative est là. Mais l'application que font les magistrats des textes en vigueur est très variable d'une juridiction à une autre. Une vraie politique pénale devrait réduire ces inégalités de traitement.

En 1982, j'entrais dans la magistrature en qualité de juge des enfants dans une petite ville du nord de la France. L'essentiel de mon activité portait sur la protection d'enfants victimes de violences dans leur milieu familial, la plupart étant victimes de maltraitements sexuelles. Je découvrais alors avec stupéfaction que les magistrats qui m'avaient précédée ne traitaient ce problème que par l'application de mesures éducatives. À l'époque, ceci était possible car les situations de maltraitements étaient signalées directement par les services sociaux au juge des enfants qui avisait le Parquet seulement si bon lui semblait : pendant de longues années, nous avons vécu une situation aujourd'hui heureusement dépassée, qui consistait à opposer poursuites pénales contre les auteurs et mesures éducatives. De la sorte, les parquets n'étaient souvent pas avisés des situations de maltraitements et ils ne pouvaient pas exercer leur pouvoir de poursuites. Aujourd'hui, ceci n'est plus possible car la loi oblige les juges des enfants à aviser le Parquet.

Lorsque l'on s'interroge sur l'augmentation des plaintes en la matière, il est donc nécessaire de garder cette réalité à l'esprit : les maltraitements existaient massivement mais ne faisaient l'objet ni de plaintes ni de poursuites pénales par les parquets.

Aujourd'hui, les parquets sont donc avisés de tout, et ils exercent un vrai pouvoir de régulation en la matière : classements sans suite ou poursuites pénales, quels types de poursuites ; tous ces choix faits en amont sont tout à fait déterminants du traitement judiciaire.

Les évolutions législatives sont nombreuses. Je n'aborderai que les principales, et exclurai de mon propos celles qui feront l'objet de développements ultérieurs, notamment celles qui concernent l'expertise et le suivi socio-judiciaire.

■ Les principales évolutions législatives

Les évolutions concernant la prescription de l'action publique

À la différence d'autres blessures, celles qui résultent de maltraitance sexuelle ont souvent des répercussions tout au long de la vie des victimes. C'est donc à l'âge adulte que ces victimes prennent conscience de leurs difficultés. Cette réalité a été comprise par le législateur qui a voté des lois spécifiques, dérogeant au régime général de la prescription de l'action publique.

Rappelons que les règles de prescription posent des délais au-delà desquels il n'est plus possible d'exercer des poursuites pénales contre l'auteur des faits.

Le législateur a voté plusieurs lois successives qui permettent de faire renaître cette prescription après la majorité des victimes. Ces lois sont évidemment très bien accueillies par les victimes et leur donnent beaucoup d'espoir.

Toutefois ces lois n'apportent pas toujours la satisfaction espérée car le dispositif juridique est complexe ; deux lois se sont succédées :

- la loi du 10 juillet 1989 ;
- la loi du 17 juin 1998 ;
- et une loi prochaine est en préparation prévoyant l'extension de la prescription de l'action publique.

Premier point, et c'est une question de droit incontournable, ces lois ne peuvent pas prendre en compte des faits prescrits lors de leur entrée en vigueur.

Second point : l'application dans le temps de ces lois successives nous oblige, dans chaque situation, à prendre en compte l'âge de la victime au moment de la plainte, la date des faits, et c'est la combinaison de ces deux éléments qui permet de déterminer si les faits sont prescrits ou non.

Exemple : au terme de la loi de 1998, la prescription est de 10 ans après la majorité pour tous les crimes et les délits sexuels commis pendant la minorité des victimes. Mais si la victime invoque des agressions sexuelles, encore faut-il, pour que la prescription renaisse, que l'auteur des faits soit un ascendant ou une personne qui avait autorité sur la victime au moment des faits.

Ainsi, une victime qui dépose plainte à l'âge de 24 ans contre son père pour des agressions sexuelles, voit sa plainte recevable, mais si sa plainte vise un voisin, elle n'est pas recevable car nous retombons dans le délai de prescription de 3 ans : cette victime aurait donc dû déposer plainte avant 21 ans.

Cette situation n'est pas comprise des victimes. Et on peut se demander sur quels fondements il était nécessaire d'instaurer une hiérarchie dans les infractions à retenir.

Les évolutions concernant l'accueil et la prise en charge des victimes pendant la phase judiciaire

La loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles a profondément réformé la procédure pénale en la matière ainsi que certains points de droit pénal :

- une meilleure répression du « tourisme sexuel », permettant des poursuites pénales contre des personnes françaises ou résidant en France pour des faits d'agressions sexuelles commises à l'étranger ;
- l'enregistrement audiovisuel des enfants victimes de maltraitances sexuelles lorsque ceux-ci sont entendus par les services de police ou par les magistrats. Nous nous sommes tous réjouis de cette

réforme tant nous avons conscience du traumatisme engendré par la multiplication des auditions des enfants (à l'association d'aide aux victimes, au médecin légiste, aux policiers, aux juges, au médecin psychiatre...).

Toutefois, la pratique a montré les limites de ces enregistrements : l'enfant dit rarement tout en une seule fois. Lorsqu'il arrive aux services de police, il est souvent encore dans une grande ambivalence : il a le désir de mettre fin à une situation insupportable pour lui, mais s'il dénonce un proche avec lequel il a tissé des liens d'affection, l'action judiciaire peut être vécue comme une intense difficulté si la première écoute est suspicieuse à son égard. Il en dira alors le moins possible, et racontera ce qui l'implique le moins. Un peu plus tard, il en dira peut-être un peu plus s'il sent un accueil de la justice. Quelle est alors la valeur du premier enregistrement qui fige les déclarations à un moment donné ? Il apparaît bien souvent comme une amorce dont il n'est pas possible de se contenter. En outre, les exigences imposées par la loi pénale, et je développerai ce point ultérieurement, nous conduisent nécessairement à examiner non seulement les faits, mais aussi le contexte dans lequel ils ont été commis ; et ce point est rarement approfondi lors de l'audition initiale. Pour toutes ces raisons, cet enregistrement qui était destiné à éviter les auditions ultérieures apparaît insuffisant.

L'audition du mineur en présence de tiers

Depuis 1998, il est possible d'entendre l'enfant victime en présence :

- d'un psychologue ou d'un médecin spécialiste de l'enfant ;
- ou d'un administrateur *ad hoc* ;
- ou d'une personne chargée d'un mandat du juge des enfants ;
- ou d'un membre de la famille du mineur.

L'administrateur *ad hoc* est choisi pour accompagner l'enfant tout au long de la procédure et pour exercer pour lui tous les droits reconnus à la partie civile : il lui choisit un avocat, se constitue partie civile pour lui, demande des dommages et intérêts.

Même si la désignation de l'administrateur *ad hoc* est soumise à certaines conditions légales, cette innovation paraît être une véritable avancée dans l'amélioration de l'accueil judiciaire des enfants victimes : c'est la fin de la solitude, voire même de l'absence de l'enfant. Désormais, le chemin judiciaire, qui peut parfois durer des années, devient compréhensible pour lui. Si le juge, l'administrateur *ad hoc* et l'avocat travaillent ensemble, l'enfant peut être préparé aux auditions ou aux éventuelles confrontations avec son agresseur et je remarque que cela contribue à améliorer considérablement la qualité des auditions, car il n'a plus d'appréhension, il se livre donc plus facilement.

La présence d'un proche ou d'un éducateur peut être également précieuse, mais il est parfois délicat d'accepter la présence d'un parent lorsque c'est l'autre parent qui est mis en cause. Dans ce cas, la désignation d'un administrateur *ad hoc* s'impose.

La présence d'un psychologue ou d'un médecin peut également être extrêmement précieuse ; mais la loi l'a prévu muet et son rôle est donc difficile à situer : s'il se tait, il ne sert à rien, s'il parle, que peut-il dire, puisqu'il n'a pas droit à la parole dans le procès-verbal qui est rédigé.

Tout cela devrait évoluer : en effet nous voyons parfois arriver de très jeunes enfants dans les commissariats et dans nos bureaux de juges, et nous ne sommes pas du tout formés à cela. Nous aurions besoin de l'aide de ces professionnels. Peut-être faudrait-il leur permettre d'intervenir officiellement au procès-verbal, ce qui serait plus clair, plus transparent dans le rôle qu'ils ont eu dans le déroulement de l'audition de l'enfant.

Quel usage font les juges de ces dispositions ?

D'une juridiction à une autre, cela varie beaucoup : il arrive que de petites juridictions dont l'activité associative est très dynamique, soient dotées de structures d'accompagnement depuis longtemps. Il arrive aussi que rien n'existe. À Lyon par exemple, aucun administrateur *ad hoc* n'est prévu lors de l'enquête initiale, et le Parquet commence seulement à envisager le recrutement de psychologues, alors même que les services de police ont une spécialisation en la matière et qu'un médecin légiste officie dans ces locaux dans l'acceptation de tous depuis plusieurs années. Au stade

de l'instruction puis du jugement, c'est encore trop souvent le cas : beaucoup de magistrats ne voient pas l'utilité de l'accompagnement judiciaire de l'enfant. L'accueil et l'accompagnement de la victime n'ont pas encore pénétré la culture judiciaire.

La loi de 1998 est donc une loi innovante mais il faudrait la compléter, la parfaire, et surtout en favoriser l'application par toutes les juridictions : la loi doit pouvoir bénéficier à tous et il est regrettable que son application soit subordonnée à l'intérêt porté par les chefs de juridictions à ces questions.

■ Le fonctionnement de la loi pénale

Lorsque l'on aborde le problème de la maltraitance sexuelle, nous parlons rarement du *fonctionnement de la loi pénale*. J'ai choisi d'en faire l'essentiel de mon propos. Les infractions de nature sexuelle sont visées aux articles 222-23 et suivants du Code pénal.

Qu'elles soient vécues par un adulte ou par un enfant, les textes applicables sont les mêmes. La loi pénale méconnaît les termes « inceste » ou « pédophilie ».

Comment fonctionne la loi pénale ? Elle opère plusieurs séries de distinctions.

– S'il y a eu pénétration sexuelle, on retient la qualification de viol. S'il n'y a pas eu pénétration sexuelle, on retient la qualification d'agression sexuelle ou d'atteinte sexuelle. La loi ajoute que la pénétration sexuelle peut être de n'importe quelle nature. Il peut donc s'agir de pénétrations anales ou vaginales ou de fellations, et la pénétration peut avoir été effectuée par n'importe quoi : sexe, doigt, objet. La cour de cassation précise en outre que la pénétration ne peut être retenue que si elle est faite sur la personne de la victime. Cela signifie qu'une fellation commise par la victime constitue un viol alors que si l'agresseur fait une fellation sur la personne de la victime, cela ne constitue pas un viol, mais une agression sexuelle.

– Autre distinction : le législateur nous oblige à nous demander si, au moment des faits, la victime était sous l'empire de la violence, de la contrainte, de la menace ou de la surprise. S'il n'est pas possible d'établir l'existence de l'un de ces éléments, il est impossible de retenir la qualification de viol ou d'agression sexuelle. Lorsque la victime est majeure, ce texte est facile d'application. Lorsque la victime est mineure, le législateur a créé une infraction spécifique : lorsqu'il n'y a ni contrainte ni violence ni menace, on pourra retenir la qualification d'atteinte sexuelle.

Ce point très juridique est fondamental à la compréhension du problème car le fonctionnement de la loi pénale est totalement déterminant du processus judiciaire qui en résulte.

La loi ne prend en compte la minorité qu'en dessous de 15 ans et uniquement au titre des circonstances aggravantes. Quant à la qualité de l'agresseur (ascendant, personne ayant autorité sur l'enfant ou personne abusant de ses fonctions), elle n'est également prise en compte qu'au titre de circonstance aggravante.

Qu'est-ce que cela signifie ?

Cela signifie que l'âge de l'enfant (de moins de 15 ans) et le lien entre l'enfant et l'agresseur (lien filial ou lien d'autorité) ne sont pas pris en compte comme éléments constitutifs de l'infraction.

Les éléments constitutifs de l'infraction ne sont abordés qu'au regard des éléments de contrainte, de violence, de menace ou de surprise.

Quelle en est la conséquence ?

Cela signifie que l'on ne peut jamais se fonder sur l'âge de l'enfant ou sur son lien à l'agresseur pour dire que les infractions de viol et d'agression sexuelle existent.

Il faut toujours se demander, dans chaque cas d'espèce, si l'enfant était sous l'empire de la contrainte, de la violence, de la surprise ou de la menace.

Sur ce point, la jurisprudence de la cour de cassation est très stricte. En voici un exemple : l'instruction avait établi que Michael, âgé de 13 ans, avait été incité par son père à pratiquer des attouchements sexuels sur sa belle-mère âgée de 21 ans de plus que lui. Puis, dès l'âge de 14 ans, Michael avait eu, toujours sous les directives de son père, des relations sexuelles complètes et

régulières avec sa belle-mère. Ces relations sexuelles avaient été photographiées par le père, puis la sœur de Michael avait découvert les photographies et en avait révélé l'existence, ce qui avait permis le déclenchement des poursuites. La belle-mère avait été mise en examen du chef de viols et agressions sexuelles sur mineur de moins de 15 ans, par personne ayant autorité sur la victime, et le père, du chef de complicité de ces infractions. La chambre d'accusation (actuellement devenue chambre de l'instruction) avait alors renvoyé les deux mis en examens devant la cour d'assises, sous les qualifications pénales initialement retenues.

Elle avait considéré que, compte tenu du jeune âge de Michael, de son manque de discernement, et du lien d'autorité existant, celui-ci s'était trouvé dans un état de dépendance affective, qui s'était maintenu tout au long des relations sexuelles. Tous ces éléments permettaient ainsi d'établir l'existence d'une contrainte morale.

Un pourvoi en cassation avait été formé par les mis en examen, et la cour de cassation avait cassé l'arrêt rendu par la chambre d'accusation : elle estimait que cette dernière avait fait une mauvaise application de la loi car elle s'était fondée sur l'âge de la victime ainsi que sur la qualité d'ascendant et de personne ayant autorité pour retenir l'existence d'une contrainte morale, alors que ces éléments ne pouvaient être que des circonstances aggravantes des infractions de viols et agressions sexuelles. Cet arrêt rappelle la position constante de la cour de cassation en ce domaine.

Dans le cas de Michael, elle avait ainsi estimé que la preuve de l'existence d'une contrainte n'était pas rapportée et que les qualifications de viols et agressions sexuelles ne pouvaient être retenues : seules pouvait l'être la qualification d'atteintes sexuelles aggravées.

Elle avait également estimé que le viol n'existait pas car ce n'était pas l'enfant qui était pénétré, mais la belle-mère.

Quelle analyse peut-on faire de cette loi ?

Nous constatons que la loi soumet l'appréciation de chaque situation à l'existence ou à l'inexistence d'une contrainte de la victime. Le législateur n'a donc pas souhaité poser d'interdit : nous ne trouvons pas l'interdit de l'inceste ni même l'interdit d'une relation sexuelle entre un adulte et un enfant.

Que penser de l'infraction d'atteinte sexuelle qui punit l'attouchement sexuel même si l'enfant n'est pas contraint ?

On pourrait considérer que, par la création de cette infraction, le législateur a voulu se rapprocher d'un pseudo-interdit. Mais en réalité, c'est exactement l'inverse : lorsque la loi vise l'attouchement sexuel d'un enfant par un ascendant, elle désigne la situation incestueuse.

La loi estime donc qu'il y a place pour une situation incestueuse sans contrainte, c'est-à-dire librement consentie par les deux acteurs de la relation.

Dire qu'un enfant peut n'être pas contraint à une relation sexuelle avec un adulte, c'est nier la qualité d'enfant qui le place forcément dans une situation de dépendance par rapport à l'adulte, et le prive de toute capacité de se soustraire à la relation sexuelle.

Dire qu'un enfant peut n'être pas contraint à une relation incestueuse, c'est nier l'existence du lien générationnel qui génère une contrainte morale dans toute situation incestueuse.

La loi refuse d'admettre l'existence d'une contrainte générale et universelle, lorsqu'un enfant se trouve dans la réciprocité d'une relation sexuelle.

Dans l'atteinte sexuelle, le législateur a également imaginé qu'il pouvait y avoir attouchement sexuel sans violence. Est-ce que ce n'est pas une pure absurdité ?

Ne doit-on pas considérer que toute relation sexuelle vécue avec un enfant est un acte violent en soi ?

Douleur physique résultant de la pénétration d'un sexe d'adulte dans un sexe d'enfant, mais violence psychologique qui conduira parfois l'enfant jusqu'à la maladie mentale. Et lorsqu'il n'y a pas de douleur perceptible, l'enfant ne détecte pas que sous la caresse se masque une violence sournoise, qui ne dit pas son nom et qui va faire son œuvre dévastatrice sur le plan psychique. La réalisation

de l'inceste est, avant tout, la négation de l'état d'enfant et la négation du lien générationnel. N'est-ce pas intrinsèquement la violence suprême ?

Par conséquent, lorsque la loi caractérise l'infraction, il m'apparaît qu'elle ne devrait jamais exiger d'élément supplémentaire de violence ou de contrainte, puisque toute relation de type incestueuse ou pédophile recèle en elle-même ces éléments.

Les conduites sexuelles ne devraient-elles pas trouver leurs limites dans la loi ?

Ai-je le droit d'avoir une relation sexuelle avec un enfant ? À partir de quel âge un enfant peut-il être considéré comme consentant à une relation sexuelle avec un adulte ? Un père a-t-il le droit d'avoir une relation avec sa fille ?

Le législateur ne répond pas clairement à ces questions. Il a sans doute considéré que le respect de l'évolution de nos mœurs exigeait que notre droit reste hors du champ des prohibitions, préférant ainsi l'idée de liberté à consentir. En se voulant délibérément non normatif, il laisse l'être humain créer lui-même la norme, au gré de ses fantaisies et de ses modes du moment.

Il est donc bien difficile pour la justice de faire son œuvre. L'interdit de l'inceste ne peut pas se réduire à des notions de viols et agressions sexuelles. Il devrait être érigé en une norme absolue exclusive de toute transaction possible. Il en est de même pour toute relation sexuelle entre un enfant et un adulte. C'est seulement à cette condition que la loi pourrait faire son œuvre structurante des comportements sexuels.

Les conséquences du fonctionnement de la loi

La pratique de ces affaires nous montre qu'il est extrêmement difficile de caractériser les éléments de contrainte sans se référer naturellement à l'âge de l'enfant et à la nature des liens à l'agresseur : dans la grande majorité des cas, l'enfant n'affiche aucune opposition, il se laisse faire, tout simplement parce que c'est un enfant et qu'il a des liens d'affection et de respect avec son agresseur. L'agresseur lui-même n'a souvent pas besoin d'utiliser la violence ou la contrainte : l'abus du lien affectif est beaucoup plus opérant.

Nous avons tous tendance à penser qu'en dessous d'un certain âge, la contrainte existe nécessairement. Force est de constater que la loi pénale infirme cela. Il faut donc s'abstenir de dire qu'en dessous de 15 ans, on n'examine jamais si l'enfant est contraint ou pas à la relation sexuelle, car c'est méconnaître la loi pénale. Les magistrats eux-mêmes méconnaissent souvent cette loi et la chancellerie leur rappelle régulièrement par voie de circulaire, la nécessité de caractériser, dans chaque espèce, les éléments de contrainte.

Comment s'accommode-t-on de cette loi ?

Dans la pratique, cette loi est très mal respectée par les magistrats qui, sans pouvoir le dire explicitement, la ressentent mal : les magistrats retiennent très rarement la qualification d'atteinte sexuelle, tellement il apparaît que la contrainte et la violence font corps avec l'infraction quand elle vise un enfant.

En outre, retenir l'infraction d'atteinte sexuelle revient à signifier à l'enfant qu'il n'était pas contraint de se soumettre à son agresseur. Il est impossible de dire cela à un enfant. Nous savons tous que l'enfant s'interroge toujours sur son implication dans la relation sexuelle que l'adulte lui a fait vivre... Plus il grandit, plus cette question le ronge, plus elle est la source d'une grande souffrance : suis-je victime ou coupable ?

Ne pas avoir été dans la capacité de dire non conduit nécessairement l'enfant à penser que son comportement pourra être assimilé à une adhésion à la relation sexuelle.

Or, c'est exactement cette image-là que lui renvoie le fonctionnement de la loi lorsque celle-ci retient la qualification d'atteinte sexuelle.

Cette réalité insupportable pour lui, peut conduire l'enfant à rejeter l'action judiciaire qu'il a lui-même provoquée, trop perturbatrice, trop insécurisante.

De cette situation induite par la loi, naît alors une dynamique triangulaire tout à fait perverse :

- *une loi* qui dit à l'enfant : « mais en quoi étais-tu contraint d'accepter cela ? » ;
- *un agresseur* qui, le plus souvent, affirme qu'il n'a pas contraint et qu'il n'a fait que répondre au désir sexuel de l'enfant ;
- *un enfant* qui pense : mais c'est moi le coupable, j'aurais dû savoir dire non.

La loi devrait assurer une protection totale de l'enfant, y compris, éventuellement, contre lui-même. Son consentement à l'acte sexuel ne devrait jamais devoir être examiné. L'enfant ne connaît pas le sens de ce qu'on lui fait vivre, il n'est pas en capacité de pouvoir repérer la transgression.

S'il n'a pas pu s'opposer, c'est que son état d'enfant ne lui en donnait pas les moyens.

De façon plus ou moins avouée, demeure encore dans de nombreux esprits l'idée que l'enfant serait une sorte de petit pervers qui devrait, de ce fait, partager la responsabilité de l'agression. Il n'est pas question de dire que l'enfant est une sorte d'ange asexué : l'enfant, nous le savons tous, a des attitudes de séduction à l'égard des adultes. C'est précisément parce que l'enfant a une sexualité, mais une sexualité d'enfant, qu'elle doit faire l'objet d'une protection absolue par la loi.

C'est à l'adulte et non à l'enfant de poser les interdits. Mais, pour que l'adulte les pose, encore faudrait-il que la loi les pose préalablement.

Ce glissement vers l'examen du consentement de l'enfant est assurément l'aboutissement de ces non-dits législatifs que constitue l'absence d'interdit légal, dans notre droit français : absence d'interdit de l'inceste, absence d'interdit d'une relation sexuelle avec un enfant.

Face à cette réalité, nous aimerions offrir à l'enfant une protection légale qui le dispense d'un retour à la culpabilité. Nous souhaiterions voir réserver les questionnements relatifs à son implication personnelle à la sphère psychothérapique.

Mais hélas, la loi n'offre qu'un coupable silence à l'enfant. Et c'est là, très certainement, que tout se joue pour lui : c'est dans la loi qu'il devrait pouvoir trouver la solution à sa culpabilité.

Quant à l'agresseur, au lieu de stigmatiser les interdits transgressés, la loi et le processus judiciaire qui en résulte ne font que l'inviter à se désengager du processus de culpabilité.

Lorsque l'enfant a la chance de bénéficier d'un soutien psychothérapique, le processus judiciaire qui devrait le faire accéder au statut de victime le restitue souvent dans le processus de culpabilité dont on essaie de l'extraire grâce à la psychothérapie.

En conclusion, s'il apparaît que les textes pénaux sont satisfaisants lorsque l'on traite de la maltraitance sexuelle entre adultes, ils apparaissent très mauvais dans le traitement de la maltraitance des enfants.

Données épidémiologiques

Quelles sont les données épidémiologiques concernant la maltraitance sexuelle et ses conséquences sur la santé ?

André Ciavaldini, Marie Choquet

Après avoir défini la spécificité des maltraitements sexuels dans l'enfance, le premier auteur expose les chiffres actuellement disponibles. Après avoir constaté l'augmentation des maltraitements sexuels, il considère quelques cas particuliers des maltraitements sexuels : celles entre mineurs en milieu scolaire, puis celles en milieu familial et enfin celles dans les institutions. L'auteur présente ensuite les données anamnestiques recueillies en population adulte sur les violences sexuelles subies dans l'enfance. Ensuite, il envisage l'ensemble des conséquences pour la santé de ces maltraitements ; conséquences à court, moyen et long terme : psychiques, somatiques et transgénérationnelles.

Cet aperçu des données disponibles est suivi d'une note méthodologique évoquant les biais méthodologiques et les manques épidémiologiques.

■ Les maltraitements sexuels dans l'enfance

Définition du champ d'étude : qu'est-ce qu'une « maltraitance sexuelle » ?

La maltraitance désigne généralement « tout acte accompli, ou à l'opposé non réalisé par des individus, des institutions ou la société dans son ensemble, et tout état qui découle de ces actes ou de leur absence et privent les enfants de leurs libertés ou de leurs droits et/ou entravent leur développement, constituent par définition de mauvais traitements » (Gil, 1970). La maltraitance est devenue particulièrement objet d'étude en France depuis la création en 1990 de l'ODAS : Office décentralisé de l'action sociale. En 1993, cette dernière définissait l'enfant maltraité « comme celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique ». Actuellement elle regroupe sous le terme d'« enfants en danger », les enfants à risque et les « enfants maltraités ». Cette distinction est commandée par un souci préventif certain. Il s'agit de différencier les enfants en risque de maltraitance de ceux effectivement maltraités, distinction nécessaire pour faire jouer les divers niveaux de la prévention et améliorer son efficacité.

Sous l'influence anglo-saxonne de la notion de « *child abuse and neglect* », la notion de maltraitance s'est étendue à tous les abus de pouvoir et de confiance à l'égard des enfants et recouvre différentes formes : *physiques, sexuelles, psychologiques et institutionnelles*.

La maltraitance sexuelle est un des registres de la maltraitance. L'OMS, utilisant le terme d'*exploitation sexuelle* pour désigner la maltraitance sexuelle, en donne la définition suivante :

« L'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs » (cité par Gabel, 1992).

Cette exploitation s'appuie sur la notion d'abus et comprend un certain nombre d'attitudes :

- abus sans toucher : exhibitionnisme, voyeurisme, propos obscènes, utilisation de médias pornographiques en présence d'un enfant... ;
- abus avec toucher sans violence : toucher sur les parties génitales ou les zones érogènes (caresses, masturbations, attouchements avec pénétration, relations sexuelles complètes, etc.) ;
- abus avec violences entraînant des lésions de gravité variable : viol, exploitation sexuelle à des fins de prostitution ou de pornographie... ;
- attitudes de types *malsains* : conduites sexualisées, climats à tonalité sexuelle, actes, gestes incitant l'enfant à avoir des conduites sexuelles avec un adulte.

Dans les maltraitements sexuels (comme dans l'étude des maltraitements en général) on distingue les mauvais traitements actifs des maltraitements passifs (*Tableau I*).

Tableau I. Modalités des maltraitements sexuels (d'après Haesevoets, 2003)

Maltraitements passifs	Mauvais traitements actifs
<ul style="list-style-type: none"> – Absence de protection, de règles, de lois, d'écoute, d'éducation et d'informations relatives à la sexualité – Promiscuité sexuelle 	<ul style="list-style-type: none"> – Attouchements divers – Manipulations génitales – Abus, inceste, viol – Exploitation – Prostitution, pornographie

Dans les classifications des maltraitements sexuels la très grande majorité des chercheurs différencie les maltraitements intrafamiliaux de celles exercées par un étranger à la famille (Hayez, De Becker, 1997). Il semble que ce ne soit pas le choix de l'ODAS, lorsqu'il évoque l'enfant en danger. Cette réserve semble justifiée, dans la mesure où il est question pour lui de mettre l'accent sur la maltraitance dans sa réalité clinique spécifique. Pour cela, il n'a pas pris en compte le statut de l'agresseur (par exemple, adulte ou enfant, ayant ou non autorité sur l'enfant) ou la notion d'intentionnalité.

Pour l'étude qui suivra ces distinctions seront prises en compte. Une distinction sera faite entre abus sexuel intrafamilial, définissant la situation d'inceste, et celle d'abus sexuel effectué par un étranger à la famille.

Les chiffres de la maltraitance

Deux types de données sont à disposition : les études anamnestiques et rétrospectives qui évaluent les taux d'agressions sexuelles dans l'enfance (ce sont les études effectuées sur une population adolescente ou adulte) et les données actuelles prenant en compte, pendant un temps déterminé, les agressions sexuelles sur les enfants dans une population spécifiée. Ces dernières permettent aussi de dégager des taux d'incidence.

Maltraitance sexuelle sur l'enfant

En France, les sources fiables (*Tableau II*) sont celles de l'ODAS (Observatoire national de l'enfance en danger) et du Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance maltraitée (SNA-TEM). Ce sont les seules à offrir un panorama national du problème. Les signalements pour abus

sexuels sur enfants, après avoir connu une régression faible (1995 = 5 500, 1999 = 4 800, soit une baisse d'un peu plus de 13 %) connaissent actuellement de nouveau une progression (2000 = 5 500 ; 2001 = 5 900).

Tableau II. Évolution des situations d'abus sexuels entre 1995 et 2001 (source ODAS 2002)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Abus sexuels	5 500	6 500	6 800	5 000	4 800	5 500	5 900
Total des enfants maltraités	20 000	21 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 000

Les abus sexuels sur enfants représentent aujourd'hui un tiers des situations de maltraitances (Figure 1), alors qu'il y a 8 ans ils n'en représentaient qu'un peu plus d'un quart (27,5 %).

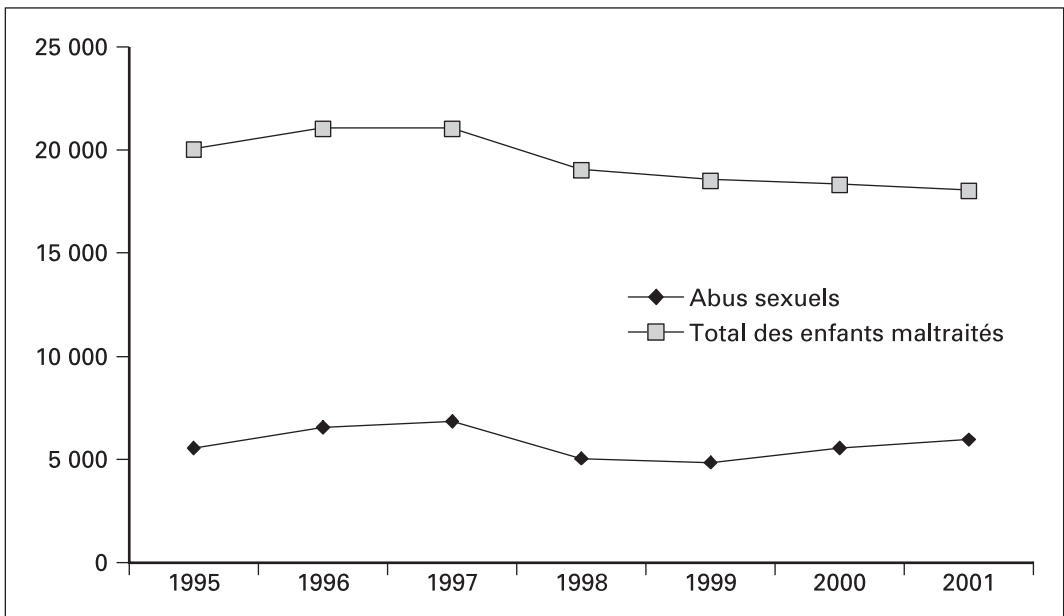


Figure 1. Rapport des abus sexuels aux maltraitances.

C'est la seule maltraitance, comparée aux autres, qui ne connaît pas de véritable baisse dans le temps. Bien au contraire, alors que jusqu'en 1998 la tendance est à la baisse pour l'ensemble des maltraitances infantiles, depuis 1999 on assiste à une inversion de cette tendance pour les maltraitances sexuelles. L'abus sexuel, depuis cette date, devient la seule maltraitance qui croît.

La SNATEM, sur la base de son « numéro vert 119 », enregistre le même constat : après une baisse sensible des appels pour abus sexuels (30 % en 1997, 17 % en 1999) de nouveau on assiste à une légère croissance des appels (20,1 % en 2001), mais avec toujours la même répartition des situations d'abus (Tableau III).

Les violences sexuelles concernent plus souvent les enfants de moins de 9 ans (45 %), avec une proportion plus marquée pour les 3-6 ans qui sont désignés dans 22 % des cas. La proportion de ces derniers est elle aussi en augmentation : 22 % en 2000, 23,4 % en 2001.

Tableau III. Répartition des mauvais traitements sexuels (source SNATEM)

	1998	1999	2000	2001
Climat équivoque	26 %	27 %	23,6 %	25,4 %
Attouchements	49 %	48 %	50,3 %	49,6 %
Viols	25 %	25 %	26,1 %	25 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %

Les très jeunes enfants et les bébés sont aussi des victimes potentielles. La consultation pédiatrique de Lille remarque qu'en 1980, sur les 800 admissions de nourrissons aucune agression sexuelle n'était diagnostiquée et en 1988, les premiers diagnostics d'agressions sexuelles étaient posés pour quatre bébés ; depuis, ce chiffre ne cesse de croître (Hochart et Roussel, 1997).

Enfin il ne faut pas oublier qu'un certain nombre, très faible au demeurant, d'agressions sexuelles d'enfants se termine par un infanticide (Hargrave et Warner, 1992).

Maltraitance sexuelle entre mineurs en milieu scolaire

La violence sexuelle en milieu scolaire par des auteurs mineurs semble connaître actuellement une progression régulière. L'étude de la SNATEM indique que, sur la base de leurs appels, elle enregistre les modalités de violences sexuelles indiquées dans le *tableau IV*, en fonction de l'âge des enfants (SNATEM, 2001).

Tableau IV. Maltraitance entre mineurs en milieu scolaire

	Maternelle	Primaire	Collège	Lycée
Climat équivoque	3 % ¹	6 %	1,5 %	0 %
Attouchements	19,4 %	23,9 %	14,9 %	3 %
Viols	11,90 %	7,5 %	7,5 %	1,5 %

Maltraitance sexuelle en milieu familial : l'inceste

L'inceste n'étant pas cité par le Code pénal, il est difficile statistiquement d'en différencier les chiffres des autres agressions, quoique la mention « par ascendant » puisse donner quelques indications. L'étude nationale américaine de prévalence d'agressions sexuelles intrafamiliales sur les enfants entre 0 et 17 ans, évalue celle-ci à un taux de 1,9 % sur un an et de 5,7 % sur l'ensemble (Finkelhor *et al.*, 1997). L'enquête finlandaise rapporte des taux, pour les filles, de 2 % avec le père et de 3,7 % avec un beau-père (Sariola et Uutela, 1996).

En France, les cas d'inceste constituent 20 % des procès d'assises, ils représentent 75 % des situations d'agressions sexuelles sur enfants (source SNATEM, 1999) et plus de 57 % des viols sur mineurs (source CFCV).

L'étude canadienne de Fisher montre qu'en cas d'agression intrafamiliale, la première agression se déroule à un âge plus précoce que dans le cas d'une agression extrafamiliale, la durée est plus longue, avec un fort niveau de traumatisme. Cependant on y enregistre moins d'usage de force physique mais plus d'injonctions fermes à ne pas révéler l'agression (Fisher et Mc Donald, 1998).

Enfin, il est nécessaire d'évoquer les « agressions sexuelles muettes », celles invisibles induites par un climat familial « incestuel » et qui sont plus particulièrement le fait des mères. Il s'agit le plus fréquemment de vérifications (pouvant prendre la forme d'exploration, sous couvert d'hygiène)

1. Les pourcentages sont calculés en pourcentage des appels pour violences sexuelles en milieu scolaire, dont l'auteur est un mineur.

des orifices anaux ou génitaux, de très grande proximité physique, de pénétrations régulières des espaces d'intimité, d'exhibitionnisme parental, de confidences érotiques mais aussi de dévalorisation morale ou physique de l'enfant (Manciaux *et al.*, 1997).

Le cas particulier des agressions sexuelles en institution

L'institution est un lieu d'agressions sexuelles, particulièrement pour les enfants présentant un handicap mental. Sur 18 viols sur mineurs enregistrés en l'an 2000, 10 victimes étaient des filles et 4 des garçons, soit respectivement 55,5 % et 22 % de l'ensemble. En dehors des viols, ce sont plus fréquemment les garçons qui sont les victimes (52 %) (DGAS, 2000). Il faut cependant noter un léger repli de ce phénomène (DGAS, 2000).

Répartition par sexe et incidence des maltraitances sexuelles pendant l'enfance

L'ensemble de ces études définit, en Europe (Tableau V), pour les filles des taux qui s'étagent de 6,8 % (Pedersen, 1995) à 33,8 % (Bouvier, Halperin *et al.*, 1999) et pour les garçons de 4,6 % (Jaspard *et al.*, 2000) à 10,9 % (Bouvier *et al.*, 1999). Les études nord-américaines et canadiennes corroborent peu ou prou ces chiffres, avec souvent des taux moyens plus élevés que les nôtres. Pour exemple, celle de Mac Millan rapporte des taux moyens de 12,8 % pour les filles et de 4,3 % pour les garçons (Mac Millan *et al.*, 1997).

Le taux d'incidence calculé, en population générale, sur un an semble être compris, si l'on considère les cas avérés et suspectés, entre 1 et 1,2 enfant agressé pour 1 000. Pour exemple, l'étude d'incidence sur l'Irlande du Nord indique un taux de 1,16/1 000 (Mac Kenzie *et al.*, 1993).

Les enquêtes en milieu étudiant présentent des chiffres identiques. L'étude parisienne montre que 8 % des étudiantes et 7 % des étudiants ont connu une situation d'agression sexuelle dans l'enfance². Ces chiffres sont plus élevés dans l'enquête grenobloise (9 % des garçons et 11 % des filles)³. Ces résultats sont corroborés par la récente enquête suédoise, représentative de la population étudiante et des jeunes de 17 ans. Avant 18 ans, 11,2 % des jeunes femmes étudiantes et 3,1 % des garçons ont connu une situation d'agression sexuelle. Si l'on exclut les situations d'atteintes exhibitionnistes, les taux baissent respectivement à 7,2 % pour les filles et 2,3 % pour les garçons. L'âge moyen de l'atteinte étant de 9,1 ans pour les filles et 9 ans pour les garçons (Edgardh *et Örmstad*, 2000).

Tableau V. Répartition par sexe des viols sur mineur (chiffres CFCV)

	1991		1995		1996		1997		1998	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Viols sur mineur	599	36	1 127	67	980	58	1 019	90	783	82
Intrafamilial	358	21	805	609	30	606	35	452	29	
Extrafamilial	241	15	322	67	371	28	413	55	331	53

Pour la France, l'enquête nationale sur les violences envers les femmes donne, avant 18 ans, un taux de 6 % de femmes ayant subi une agression sexuelle (hors viol) et 3,7 % ayant été victimes d'un viol ou d'une tentative de viol avant le même âge. Ainsi, 9,7 % des femmes françaises avant 18 ans connaissent un abus sexuel de quelque nature qu'il soit. Quant aux hommes, ils semblent que 4,6 % de leur ensemble aient connu des abus de ce type avant l'âge de 18 ans (Bouhet *et al.*, 1992 ; HCSP, 1997).

2. Centre de recherche sur l'enfance et l'adolescence (CREA), étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1 000 étudiants en première et deuxième année de DEUG. Cité par Bouhet *et al.* (1992) : *op. cit.*

3. Centre interuniversitaire de médecine préventive de Grenoble et le CISDEP, en mai 1989, auprès de 720 étudiants de deuxième année de DEUG. Cité par Bouhet *et al.* (1992) : *op. cit.*

Description générale des abus sexuels avec contact

Quand l'attouchement est fait *par* l'abuseur, les filles, cinq fois plus souvent que les garçons, sont victimes de ces attouchements. En revanche quand il y a un attouchement *sur* l'abuseur, ce sont encore les filles qui en sont le plus victime mais dans un rapport d'un à deux. Lorsqu'il y a viol, ce seront encore les filles les principales victimes dans une proportion qui varie toujours d'un à cinq (Gabel, 1999).

Les facteurs de risque des maltraitances sexuelles intrafamiliales sur enfants

Par « facteurs de risque » j'entends les situations personnelles ou sociales ou les éléments d'histoires individuelles qui peuvent déclencher ou activer ou encore susciter l'agression sexuelle.

Lorsqu'il s'agit de maltraitances sexuelles intrafamiliales deux grands indicateurs sont identifiés : les difficultés relationnelles familiales (73 %) ainsi que les situations de séparation ou de divorce (43 %). Les indicateurs secondaires majorant la situation à risque sont la précarité (7 %) et l'alcoolisme (11 %) (SNATEM, 1999). Un autre risque identifié est l'âge de la mère. Plus une jeune fille devient mère jeune et ce au-dessous de 18 ans, plus le risque d'agression sexuelle augmente (Stier *et al.*, 1993). Il semble cependant important de préciser que le développement du dépistage précoce des situations d'abus, la vigilance des équipes de soins et des travailleurs sociaux occupent une grande place dans cette augmentation (Leventhal *et al.*, 1993). Plus classiquement on retrouve aussi parmi les facteurs de risque une mère présentant une pathologie mentale. La maltraitance physique doit fonctionner comme un indicateur pertinent d'une potentialité d'agression sexuelle dans la famille (Fleming *et al.*, 1997). Un dernier facteur de risque ne doit pas être négligé, c'est lorsqu'un des parents (ou les deux) fut lui-même victime d'une agression sexuelle dans l'enfance.

■ Les conséquences des maltraitances sexuelles

On se heurte dans le domaine des conséquences des agressions sexuelles à une profusion de données. Ce qu'il convient de noter d'emblée c'est le polymorphisme des tableaux où l'on retrouve, dans l'anamnèse, soit des agressions sexuelles plus ou moins récentes, soit plus anciennes, dans l'enfance. La question méthodologique que pose ce constat est de savoir si l'agression sexuelle récente ou ancienne présente un lien étiologique avec la pathologie constatée. Si un lien est avéré par corrélation statistique, le sens et la nature du lien n'en sont pas définis. En effet, ce n'est pas parce que l'on retrouve une agression sexuelle dans le passé d'un patient, qu'un lien étiologique (ou causal) existera entre celle-ci et la pathologie étudiée. Il conviendra donc d'être d'une grande prudence quant au maniement des données qui vont suivre, et ce d'autant plus que les chercheurs ne sont pas à l'abri (les chiffres étant laissés à l'interprétation de ceux qui les génèrent) des effets d'excitation du champ social, ce qui pourra influencer sur leur lecture.

L'agression sexuelle actuelle : des symptômes traumatiques immédiats (le PTSD)

La première des conséquences de la maltraitance sexuelle extrafamiliale, lorsqu'elle se présente sous une modalité d'agression sexuelle, ce qui se rencontre aussi dans les abus sexuels intrafamiliaux mais de manière moins marquée (Haesevoets, 2003), est d'ordre psychique s'apparentant aux symptômes du *Post-Traumatic Stress Disorder* (APA, 1994), le PTSD (*Syndrome de stress post-traumatique* ou encore *syndrome secondaire à un stress traumatique*, traduction préférée par J.-M. Darves-Bornoz, 1996).

Après une agression sexuelle, on peut isoler deux autres syndromes, le *syndrome traumatique dissociatif et phobique* incluant des troubles somatoformes, des phobies spécifiques (agoraphobie) et des troubles dissociatifs, ainsi que le *syndrome traumatique de type limite*. Chez l'enfant, ce syndrome va se manifester par les symptômes suivants : souvenirs répétitifs avec éléments pseudo-hallucinatoires, comportements répétitifs, peurs associées (phobies), changement d'attitude envers autrui, évitements de situations en lien avec l'événement, failles dans la perception de la réalité, distorsion de la temporalité et des repères spatiaux et enfin compulsion des idées et des questions (Terr,

1990). Bien entendu tous les enfants abusés ne présentent pas l'ensemble de ce tableau, mais seulement quelques-uns (Deblinger *et al.*, 1989).

Les effets du PTSD interfèrent parfois avec le comportement scolaire qui perd de son efficacité. Même si immédiatement aucun effet n'est enregistré, à long terme les capacités d'apprentissage des enfants sont atteintes.

L'agression sexuelle dans l'enfance : des effets psychiques à long terme

Lorsqu'il y a eu une agression sexuelle dans l'enfance (en dessous de 16 ans), les symptômes prévalents pouvant apparaître au décours de la vie adulte seront principalement une forte anxiété et un risque dépressif important, auxquels s'ajoutent des difficultés d'ordre sexuel et domestique. Ces symptômes seront d'autant plus prégnants que l'agression sexuelle aura été violente (particulièrement en cas de viol) et prolongée (Cheasty *et al.*, 1998 ; Lange *et al.*, 1999 ; Molnar *et al.*, 2001). La victimisation sexuelle dans l'enfance potentialise, chez les adultes masculins et féminins, à la suite d'un trauma de vie, les risques d'apparition des symptômes post-traumatiques. Par ailleurs, si ces agressions sexuelles subies dans l'enfance ne sont pas prises en compte et traitées suffisamment tôt, elles fournissent un terreau ultérieur, tout au long de la vie de l'adulte, où pourront venir éclore des troubles psychiques, des pathologies psychiatriques et diverses difficultés d'intégration sociale (Roesler et Mc Kenzie, 1994 ; Nurcombe, 2000). Un autre symptôme, d'apparence plus banal, ne doit pas être sous-estimé dans la population féminine, sur le plan de la souffrance psychique et des demandes de consultations spécialisées, ce sont les « difficultés affectives » de tous ordres (Hill *et al.*, 2000).

Les conduites addictives

L'agression sexuelle dans l'enfance est souvent liée au risque de conduites addictives dans le devenir de l'adulte. Dans la population générale féminine suédoise, le taux de prévalence des maltraitances sexuelles dans la dépendance alcoolique est de 9,8 % (Spak *et al.*, 1998). Lorsque l'on considère une population d'alcooliques dépendants, on retrouve dans leur anamnèse une agression sexuelle dans l'enfance, avant l'âge de 16 ans, chez 54 % des femmes et 24 % des hommes (Moncrieff *et al.*, 1996). Les taux sont à peu près identiques pour la consommation de drogue et les vécus incestueux, puisqu'on retrouve chez 29 % d'hommes et 55 % de femmes toxicomanes des antécédents incestueux (Glover *et al.*, 1996).

Les troubles du comportement alimentaire

La sphère des comportements alimentaires est particulièrement sensible aux maltraitances sexuelles dans l'enfance. Une récente recension des études sur le sujet indique que l'on retrouve en moyenne une histoire d'agression sexuelle dans l'enfance dans plus de la moitié des cas de troubles du comportement alimentaire (Budniok, 2001). Dans les cas d'anorexie nerveuse, ce type d'agression est retrouvé au moins une fois sur quatre (de Groot *et al.*, 1995). Quant à la boulimie nerveuse, l'étude nationale sur les femmes aux États-Unis montre que l'agression sexuelle contribue à son développement, ou pour le moins à son maintien, dans 26,6 % (Dansky *et al.*, 1997).

L'automutilation

De manière assez fréquente, on rencontre des conduites automutilatrices chez les femmes agressées dans leur enfance. Plus ces agressions auront été violentes et prolongées, plus les actes automutilateurs seront sévères (Roman *et al.*, 1995).

La prise de risque non volontaire

Une étude récente du Centre Information Documentation Jeunesse menée auprès de 1 500 jeunes indique que les filles victimes d'abus sexuels dans l'enfance présenteraient plus de risque d'accident de la voie publique. Trois fois plus si l'abus a connu une reconnaissance, huit fois plus s'il n'a pas été révélé (Selly, Choquet, 2003).

La désafférentation sociale

Dans la population féminine présentant un trouble mental, plus que dans celle masculine, l'agression sexuelle dans l'enfance, lorsqu'elle est liée à des maltraitances physiques, constitue l'un des précurseurs de désafférentation sociale conduisant à la grande précarité (SDF) (Davies-Netzley et al., 1996).

Les conduites infractantes et infractantes sexuelles

Parmi les maltraitances dans l'enfance, ce sont les agressions sexuelles qui semblent être les inducteurs les plus puissants de conduites infractantes dans l'âge adulte. L'enfant agressé sexuellement présentera plus de risques de fugues à l'adolescence et de prostitution. Parvenu à l'âge adulte, il sera plus fréquemment l'auteur de délits et de crimes sexuels sur les adultes et sur les enfants, et ce d'autant plus que l'agression fut précoce et grave (Widom et Ames, 1994 ; Ciavaldini, 1999, Marshall et al., 2000).

Les effets transgénérationnels

Les « agresseurs-agressés » sont des situations fréquentes, les études avancent des taux peu concordants, si ce n'est qu'ils sont élevés et jamais inférieurs à 35 % avant 10 ans (Ciavaldini, 2000) et atteignant presque 70 % avant 14 ans (Shaw et al., 1993), mais les biais sont importants et rendent malaisées toutes comparaisons. Néanmoins, cela signe le processus de répétition du traumatisme, répétition qui franchit le plus souvent la barrière des générations et cela d'autant plus que le sujet qui l'a supporté n'aura pas pu trouver une reconnaissance de la violence qu'il a subie. L'écoute des familles, mais aussi des sujets individuels, montre souvent un enchaînement des agressions d'une génération à l'autre avec des *modus operandi* pouvant croître dans le temps : à une génération le climat est incestuel, à celle d'après le recours à l'acte sera pédophile.

L'impact somatique des agressions sexuelles

La communauté scientifique est non seulement d'accord sur le fait qu'une situation d'agression sexuelle dans l'enfance potentialisera l'impact des traumatismes futurs, mais les diverses études admettent que seule, ou liée à une situation identique dans l'âge adulte, elle peut générer de surcroît un certain nombre de troubles somatoformes. Parmi ceux-ci on enregistre d'abord ceux accompagnant les symptômes de panique (troubles musculaires, maux de tête, « palpitations » cardiaques), puis viennent des troubles de la sphère urinaire et génitale (dont les douleurs pelviennes pendant les rapports sexuels), certaines maladies de la peau (dont certaines éruptions sans cause identifiée) mais aussi des maladies de la sphère respiratoire (rhinite chronique) (Leserman et al., 1998). Par ailleurs, on retrouve un taux de prévalence d'agressions sexuelles de 14 % dans les maladies digestives (Delvaux et al., 1997). Enfin, chez les diabétiques, des crises acédocétosiques répétées par défaut de compliance peuvent se trouver liées à des situations d'agression sexuelle actuelles ou passées (Brink, 1999).

Les troubles du comportement sexuel

Lorsqu'une femme présente des difficultés à parvenir à l'orgasme, une baisse d'intérêt pour la sexualité, une lubrification insuffisante ou/et une dyspareunie, on retrouve dans 40 % des cas une agression sexuelle au cours de sa vie (Nusbaum et al., 2000).

MST, HIV et prises de risques sexuels

L'agression sexuelle, à quelque moment de l'existence qu'elle se déroule, présente les risques liés à l'acte sexuel lui-même, particulièrement en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles et le HIV, et cela d'autant plus qu'il y aura eu pénétration. Cependant, l'ensemble des études est difficile à utiliser tant il est difficile pour elles de parvenir à une réelle quantification du risque (Holmes, 1999). Tout au plus peut-on parvenir à une quantification relative du phénomène, dans ce cas l'augmentation des agressions sexuelles sur un enfant fait croître proportionnellement un risque d'apparition d'une MST à l'âge adulte. Ce risque est plus grand chez les garçons que chez les filles (Hillis et al., 2000).

Dans le cas du HIV, le tableau est identique, ce sont plus les garçons que les filles agressés sexuellement qui présentent le plus de risques de développer ultérieurement le HIV. Là encore les prises de risques au décours de la vie sexuelle sont malheureusement en faveur des sujets masculins, qu'ils soient homo-, hétéro- ou bisexuels (Bensley *et al.*, 2000 ; Lenderking *et al.*, 1997).

■ Regard épidémiologique sur les difficultés liées à l'étude de la maltraitance

L'épidémiologie vise à :

- mesurer l'ampleur des phénomènes de santé (prévalence, incidence) et leur distribution dans une population, selon les principaux facteurs sociodémographiques que sont l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le lieu d'habitat... (épidémiologie descriptive). La mesure d'un phénomène de santé suppose, au préalable, un accord sur la définition et la validation de l'instrument de mesure ;
- mettre en évidence et hiérarchiser les facteurs de risque (ou facteurs de protection) liés aux phénomènes de santé, et ce, à partir d'une comparaison entre population concernée (= cas) et population non concernée (= témoins) (épidémiologie explicative ou étiologique) ;
- mesurer l'effet à court, moyen et long terme des actions de prévention (primaires, secondaires, tertiaires) ou de soins (traitement médicamenteux, psychologique ou social) et ce, en comparant une population « traitée » (= cas) à une population « non traitée » (= témoins) (épidémiologie évaluative).

Épidémiologie descriptive

Comme les définitions et les circuits de déclaration fondent la fiabilité et la validité des données (et donc des analyses épidémiologiques qui en découlent, comme les mesures de la prévalence, de l'incidence et des facteurs associés), une analyse critique s'impose.

Définir le champ d'études ou « qu'est ce qu'une maltraitance ? »

La « maltraitance » est un concept particulièrement difficile à définir de façon pragmatique, et donc consensuelle et mesurable. En effet :

- les actes inclus dans la « maltraitance » peuvent être variés, au regard des définitions peu pragmatiques (voir, par exemple, la définition de Gil, 1970). Mais il est difficile de constituer une seule liste exhaustive d'actes précis, reconnue comme « mesurable » au niveau international, et permanente, tant les situations peuvent être multiples et interprétées différemment dans le temps et l'espace. S'il existe un consensus sur les actes de maltraitance les plus flagrants (qui sont aussi les moins fréquents, comme le viol par exemple), il y a plus de diversité d'interprétation sur les actes de maltraitance moins factuels et plus patents dont on peut raisonnablement penser qu'ils sont aussi assez fréquents (comme l'absence d'écoute ou d'éducation). On peut donc faire l'hypothèse que la grande variabilité des prévalences observées est le fait des actes inclus, plutôt que d'une réelle différence ;
- certaines définitions, qui devraient permettre de juger l'acte au moment des faits, incluent déjà l'effet de l'acte (« priver la personne de ses droits ou entraver son évolution »). S'il y a consensus sur les actes graves dont l'issue est incontestable (par exemple, privation de nourriture), il n'en est pas de même d'autres actes pour lesquels les séquelles à court ou long terme sont moins connus. Dans ce sens il peut y avoir sur- ou sous-estimation du risque. Il en est ainsi des « micromaltraitances » à répétition (par exemple, traiter quotidiennement un enfant d'incapable), en référence à ce que E. Debarbieux appelle les « microviolences », rarement reconnues comme des maltraitances et qui peuvent pourtant avoir des effets à terme aussi néfastes que les maltraitances graves ;
- la maltraitance est à situer dans son contexte socioculturel, car le seuil de tolérance (de la part de la victime et de l'agresseur, comme de celui qui le déclare ou qui reçoit la déclaration) peut varier dans le temps, et selon les cultures. Il en est ainsi des « maltraitances passives » comme l'absence d'informations relatives à la sexualité qui ne sont pas considérées comme des maltraitances dans tous les pays ou tous les milieux culturels. Par ailleurs, dans une même culture, la sensibilité à certains types de maltraitance plutôt qu'à d'autres varie dans le temps, ce qui peut accroître (ou diminuer) artificiellement les statistiques officielles.

Mesurer de la maltraitance : comment optimiser la déclaration ?

La déclaration (ou signalement) de la maltraitance est aussi sujette à discussion.

La source d'information

– Soit la déclaration provient du sujet lui-même et peut être active (le sujet va appeler au secours) ou passive (le sujet va répondre à des questions qu'on lui pose). S'il est raisonnable d'admettre que les victimes sous-estiment rarement les violences subies, il est probable que bon nombre d'entre elles ne portent jamais plainte par méconnaissance des structures ou des points d'écoute, par incapacité à se montrer comme victime, et certaines personnes ont plus de difficultés à déclarer une maltraitance que d'autres. Quant à répondre à des questions, tout dépendra des conditions de passation, la réponse fermée à un questionnaire étant considérée comme plus confidentielle, et donc plus fiable, que la réponse ouverte ou en face-à-face. Par ailleurs, il ne s'agit pas de confondre le nombre de victimes avec le nombre de déclarations car, sans vérification d'identité, il y a risque de « doublons ». Chaque individu ayant appelé plusieurs fois va peser proportionnellement plus dans les mesures de prévalence, mais aussi dans la caractérisation (sociodémographique ou autre) des victimes.

– Soit la déclaration provient des professionnels (acteurs sociaux, éducatifs, médicaux ou paramédicaux, judiciaires), dont la formation est disparate en matière d'identification de la maltraitance. Il est alors hautement probable que l'identification (ou non) de la maltraitance est dépendante de la formation initiale et/ou continue. Les victimes de milieu favorisé sont aussi moins signalées, car les maltraitances n'y sont pas systématiquement recherchées. De tous ces facteurs découle une tendance à la mésestimation du nombre de victimes. Le fait de se baser sur la déclaration de professionnels n'évite pas le contrôle de « doublons » (plusieurs professionnels pouvant signaler la même victime).

L'évolution temporelle de la déclaration

La déclaration peut varier dans le temps et, à certaines périodes, est plus facile qu'à d'autres. Ainsi, l'augmentation (ou la diminution) des signalements (ou de certains types de signalement) ne signifie pas nécessairement l'augmentation (ou la diminution) des actes de maltraitances (ou de certains types de maltraitance). Il peut s'agir seulement d'une meilleure (ou d'une plus mauvaise) reconnaissance des faits (par exemple, augmentation ou diminution de la vigilance face au phénomène).

La référence temporelle

La question peut concerner la maltraitance durant la vie, durant l'année, durant le mois ou toute autre référence temporelle. Il est clair que les statistiques officielles concernent surtout les maltraitances récentes (donc annuelles quand les statistiques sont publiées annuellement), alors que dans les enquêtes *ad hoc* il peut s'agir de données « vie ».

Épidémiologie analytique

La majorité des études sur les facteurs de risque sont basées sur des enquêtes hospitalières, sociales ou judiciaires, la population « cas » étant alors constituée des victimes institutionnellement prises en charge, dont on suppose qu'il s'agit de personnes les plus atteintes ou les plus fragiles socialement... Ce qui peut introduire un biais d'interprétation dans l'étude des facteurs de risque. Il convient donc de multiplier les études en population générale, qui, en France, font cruellement défaut (l'enquête Enveff ne concerne que les femmes adultes, l'enquête Choquet et Ledoux que les adolescents scolarisés). Par ailleurs, on ne dispose en France d'aucune enquête de suivi sur des victimes non prises en charge.

La majorité des enquêtes se focalisent sur des facteurs de psychiatriques ou sociaux graves. Si cette analyse est bien sûr indispensable, il serait intéressant de mieux rendre compte des symptômes subcliniques et des symptômes psychosociaux (vie quotidienne, loisirs, intégration dans le groupe de pairs, comportement scolaire...), et de l'évolution chronologique des troubles, et ce dans une perspective d'une identification précoce des victimes à risque (et donc de leur prise en charge).

Épidémiologie évaluative

Les actions de prévention sont, en principe, basées sur une bonne connaissance de la fréquence des phénomènes et des facteurs de risque. Mais pour bien connaître un phénomène, encore faut-il poser des questions aux personnes, et là on se heurte souvent à des réticences de la part des adultes responsables, en particulier quand il s'agit d'enquête en population générale de jeunes mineurs. En parler dans un questionnaire standardisé serait alors selon eux une façon de « légitimer » l'acte de violence, de raviver des situations douloureuses ou d'augmenter le risque de fausses déclarations. Une réflexion s'impose donc sur le risque induit par une enquête sur les maltraitances en population de jeunes mineurs.

La majorité des actions entreprises sont des séances d'information. On peut penser que, comme dans d'autres domaines de prévention primaire (par exemple la consommation de substances psychoactives) la seule information ne permet pas d'être efficace.

Conclusions des deux experts

Les différences de prévalences observées entre les études sont probablement plus le fait des différences de définitions, de source d'information et de mode de recueil que de réelles différences. Une analyse critique méthodologique (questions posées, mode de recueil, source d'information) est donc nécessaire avant toute comparaison de prévalence (ou incidence). Une étude de validation s'impose et devrait faire l'objet d'une enquête dans plusieurs zones géographiques circonscrites. La confrontation entre les réponses individuelles (enquête en population) et les statistiques officielles (ODAS, SNATEM) permettrait alors d'avoir une meilleure estimation des types de biais (biais de fonctionnement, biais de recueil, etc.) introduits et des facteurs (sociaux culturels, personnels) associés à ces biais.

Les conséquences des maltraitances sexuelles à courte, moyenne, longue et très longue échéance touchent de nombreuses sphères tant psychiques que somatiques qui génèrent, pour l'avenir du sujet, des altérations importantes de « qualité de vie ». Même si cet aspect n'a pas été suffisamment exploré (en particulier parmi les victimes qui ne portent pas plainte), il est clair qu'il existe un coût communautaire particulièrement important en termes de santé publique. Ce coût est difficilement chiffrable, compte tenu de la multiplicité des séquelles, mais on sait que plus l'agression sexuelle aura été précoce, longue et violente, plus les visites chez le médecin seront fréquentes sans forcément que la cause en soit révélée. L'accent devra donc être mis sur la possibilité d'offrir au consultant un espace susceptible d'accueillir sa révélation et donc de l'aider à le faire. Là encore il conviendrait que les praticiens soient mieux préparés à utiliser des outils leur permettant de faciliter la parole sur de tels actes.

Cependant, en ce qui concerne l'impact somatique, la revue des études montre de nombreuses carences dans son évaluation, surtout parce que les études cliniques ne sont que rarement comparatives (questions différentes, manque de groupe témoin...). Reste la question du lien étiologique. La maltraitance est-elle génératrice de la pathologie, facilitatrice, ou d'une relative innocuité ? La nécessité apparaît de mener des études permettant de distinguer l'amplitude de cet impact afin de pouvoir aussi en évaluer le coût, en termes de santé publique.

Bibliographie

- API (Association des Psychiatres de secteur Infantojuvénile). *Atteintes sexuelles sur enfants mineurs*. Paris : Passage piétons, 2001.
- Bensley LS, Van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med* 2000 ; 18 (2) : 151-8.
- Bouvier P, Halperin D, Rey H, *et al.* Typologie and correlates of sexual abuse in children youth : multivariate analyses in a prevalence study in Geneva. *Child Abuse Negl* 1999 ; 23 (8) : 779-90.
- Brink SJ. Diabetic ketoacidosis. *Acta Paediatr Suppl* 1999 ; 88 (427) : 14-24.
- Budniok C. Abus sexuel dans l'enfance et boulimie. *Perspect Psy* 2001 ; 40 (1) : 65-9.

- Chanoit PF, Verbizier J de. *Les sévices sexuels sur les enfants*. Ramonville Saint-Agne : Éres, 1999.
- Cheasty M, Clare AW, Collins C. Relation between sexual abuse in childhood and adult depression : case-control study. *BMJ* 1998 ; 316 (7126) : 198-201.
- Chemin A, Drouet L, Geoffroy JJ, Jezequel MT, Joly A. *Violences sexuelles en famille*. Ramonville Saint-Agne : Éres, 1995.
- Ciavaldini A. (1999). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris : Masson, 2001.
- Collectif Féministe Contre le Viol : *rapports d'activité*, 1996-2000.
- Damiani C. ss dir. *Enfants victimes de violences sexuelles : quel devenir ?* Paris : Hommes et perspectives, 1999 : 271 p.
- Dansky BS, Brewerton TD, Kilpatrick DG, O'Neil PM. The National Women's Study : relationship of victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1997 ; 21 (3) : 213-28.
- Darves-Bornoz JM. *Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste*. Paris : Masson, 1996 : 260 p.
- Darves-Bornoz JM. Dans le champ du traumatisme : paradigme et point singulier des violences sexuelles. In : Ciavaldini A, Balier CI, eds. *Agressions sexuelles : pathologies, suivis thérapeutiques et cadre judiciaire*. Paris : Masson, 2000 : 250 p., pp. 19-25.
- Davidson JR, Hugues DC, George LK, Blazer DG. The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 (6) : 550-5.
- Davies-Netzley S, Hurlburt MS, Hough RL. Childhood abuse as a precursor to homelessness for homeless women with severe mental illness. *Violence Vict* 1996 ; 11 (2) : 129-42.
- De Groot JM, Kennedy S, Rodin G, Mac Vey G. Correlates of sexual abuse in women with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Can J Psychiatry* 1992 ; 37 (7) : 516-8.
- Deblinger E, Mc Leer SV, Atkins MS, Ralph D, Foa E. Post traumatic stress in in sexualité abused, physically abused and nonabused children. *Child abuse and Neglect* 1989 ; 13 : 403-8.
- Delvaux M, Denis P, Allemand H. Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Result of a multicentre inquiry. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997 ; 9 (4) : 345-52.
- Ferenczi S (1918). *Psychanalyse des névroses de guerre*. In : *Psychanalyse* 3. Paris : Payot, 1974 : 449 p., pp. 27-43.
- Finkelhor D, Moore D, Hamby SL, Straus MA. Sexually abused children in a national survey of parents : methodological issues. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 (1) : 1-9.
- Fisher DG, Mc Donald WL. Characteristics of intrafamilial and extrafamilial child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1998 ; 22 (9) : 915-29.
- Fleming J, Mullen P, Bammer G. A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse Negl* 1997 ; 21 (1) : 49-58.
- Foa EB. Trauma and women : course, predictors, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1997 ; 58 (suppl 9) : 25-8.
- Freud (1919). Introduction à *Sur la psychanalyse des névroses de guerre*. In : *Œuvres complètes P.*, t. XV (1916-1920). Paris : PUF, 1996 : 388 p., pp. 217-223.
- Freud S (1920). Au-delà du principe de plaisir. In : *Œuvres complètes P.*, t. XV (1916-1920), *op. cit.*, pp. 274-338.
- Gabel M. *Les enfants victimes d'abus sexuels*. Paris : PUF, 1992 : 285 p.
- Gabel M, Durning P. *Évaluation(s) des maltraitances*. Paris : Fleurus, 2002 : 390 p.
- Gabel M, Lebovici S, Mazet P. *Le traumatisme de l'inceste*. Paris : PUF, 1995 : 254 p.
- Gil DG. *Violence against children*. Cambridge : Harvard University Press, 1970.
- Glover NM, Janikowski TP, Benschoff JJ. Substance abuse and past incest contact. A national perspective. *J Subst Abuse Treat* 1996 ; 13 (3) : 185-93.
- Haesevoest YH. *Regards pluriels sur la maltraitance des enfants*. Bruxelles : Cluwer, 2003 : 368 p.
- Hargrave DR, Warner DP. A study of child homicide over two decades. *Med Sci Law* 1992 ; 32 (3) : 247-50.
- Haut Comité de la Santé Publique. *Rapport annuel*, ministère chargé de la Santé. Paris : 1997.

- Hayez JY, De Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Paris : PUF, 1997 : 301 p.
- Hill J, Davis R, Byatt M, Burnside E, Rollinson L, Fear S. Childhood sexual abuse and affective symptoms in women : a general population study. *Psychol Med* 2000 ; 30 (6) : 1283-91.
- Hillis SD, Anda RF, Felitti VJ, Nordenberg D, Marchbanks PA. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women : a retrospective study. *Pediatrics* 2000 ; 106 (1) : E 11.
- Hjelmeland H, Bjerke T. Parasuicide in the county of Sor-Trondelag, Norway. General epidemiology and psychological factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996 ; 31 (5) : 272-83.
- Hochart F, Roussel A. *L'hôpital face à l'enfance maltraitée*. Paris : Karthala, cité par Manciaux M, Gabel M, Girodet D, Mignot C, Rouyer M. *Enfances en danger*. Paris : Fleurus, 1997 : 773 p., p. 163-164.
- Holmes M. Sexually transmitted infections in female rape victims. *AIDS Patient Care STDS* 1999 ; 13 (12) : 703-8.
- Jaspard M, *et al.* Nommer et compter les violences envers les femmes une première enquête nationale en France. *Population et sociétés* 2001 ; 364 : 4 p.
- Jaspard M, Brown E, Condon S, Firdion JM, Fougeryrolas-Schwebel D, Houel A, Lhomond B, Saurel-Cubizolles MJ, Schiltz MA (2000). « Enquête sur les violences envers les femmes en France (Enveff) », Université de Paris I, IDUP. Enquête commanditée par le Service des droits des femmes. Rapport de Conférence de presse du 6/12/2000, 14 p.
- Kempe CH, Helfer RE. L'enfant battu et sa famille. Comment leur venir en aide ? Paris : Fleurus, 1977.
- Lange A, de Beurs E, Dolan C, Lachnit T, Sjollega S, Hanewald G. Long-term effects of childhood sexual abuse : objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *J Nerv Ment Dis* 1999 ; 187 (3) : 150-8.
- Racamier PC. *Le génie des origines*. Paris : Payot, 1992 : 420 p.
- Lenderking WR, Wold C, Mayer KH, Goldstein R, Losina E, Seage GR. Childhood sexual abuse among homosexual men. Prevalence and association with unsafe sex, 3rd. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 (4) : 250-3.
- Leserman J, Li Z, Drossman DA, Hu YJ. Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders : the impact on subsequent health care visits. *Psychol Med* 1998 ; 28 (2) : 417-25.
- Leventhal JM, Horwitz SM, Rude C, Stier DM. Maltreatment of children born to teenage mothers : a comparison between the 1960s and 1980s. *J Pediatr* 1993 ; 122 (2) : 314-9.
- Mac Kenzie G, Blaney R, Chivers A, Vincent OE. The incidence of child sexual abuse in Northern Ireland. *Int J Epidemiol* 1993 ; 22 (2) : 299-305.
- Mac Millan HL, Fleming JE, Trocme N, *et al.* Prevalence of child physical and sexual abuse in the community. Results from the Ontario Health Supplement. *JAMA* 1997 ; 278 (2) : 131-5.
- Manciaux M, Gabel M, Girodet D, Mignot C, Rouyer M. *Enfances en danger*. Paris : Fleurus, 1997 : 773 p., pp. 294-298.
- Marshall WL, Serran GA, Cortoni FA. Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in childhood molesters. *Sex Abuse* 2000 ; 12 (1) : 17-26.
- Mezzo B, Gravier B. La récidive des délinquants sexuels : une réalité difficile à cerner. *Médecine et Hygiène* 2001 : 2339.
- Molnar BE, Buka SL, Kessler RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology : results from the National Comorbidity Survey. *Am J Public Health* 2001 ; 91 (5) : 753-60.
- Moncrieff J, Drummond DC, Candy B, Checinski K, Farmer R. Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *Br J Psychiatry* 1996 ; 169 (3) : 355-60.
- Montandon C. La dangerosité, revue de la littérature anglo-saxonne. *Déviance et société* 1979 ; 3 (1) : 89-104.
- Nurcombe B. Child sexual abuse : psychopathologie. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 ; 34 (1) : 85-91.
- Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *J Fam Pract* 2000 ; 49 (3) : 229-32.
- Oppenheim H. *Die traumatischen neurosen*. Berlin : A. Hirschwald, 1889.

- Pedersen W, Aas H. Sexual victimization in Norwegian children and adolescents : victime, offenders, assaults. *Sand J Med* 1995 ; 23 (3) : 173-8.
- Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, Saunders BE, Best CL. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993 ; 61 (6) : 984-91.
- Roesler TA, Mac Kenzie N. Effects of childhood trauma on psychological functioning in adults sexually abused as children. *J Nerv Ment Dis* 1994 ; 182 (3) : 145-50.
- Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbisson GP, Mullen PE. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry* 1995 ; 152 (9) : 1336-42.
- Sariola H, Uutela A. The prevalence and context of incest abuse in Finland. *Child Abuse Negle* 1996 ; 20 (9) : 843-50.
- Shaw JA, Campo-Bowen AE, Applegate B, et al. Young boys who commit serious sexual offenses : demographics, psychometrics, and phenomenology. *Bull Am Acad Psychiatry law* 1993 ; 21 (4) : 399-408.
- SNATEM (1999) : *Rapport d'activité*, 63, bd Bessières, Paris.
- SNATEM (2001) : *Rapport d'activité*, 63, bd Bessières, Paris.
- Source ODAS : Observatoire national de l'enfance en danger (2000) : *LA LETTRE*, n° spécial « Observation de l'enfance en danger pour l'année 1999 », novembre 2000.
- Source ODAS : Observatoire national de l'enfance en danger (2002) : *LA LETTRE*, novembre 2002.
- Spak L, Spak F, Allebeck P. Sexual abuse and alcoholism in a female population. *Addiction* 1998 ; 93 (9) : 1365-73.
- Stein MB, Barret-Connor E. Sexual assault and physical health : findings from a population-based study of older adults. *Psychosom Med* 2000 ; 62 (6) : 838-43.
- Stier DM, Leventhal JM, Berg AT, Johnson L, Mezger J. Are children born to young mothers at increased risk of maltreatment ? *Pediatrics* 1993 ; 91 (3) : 642-8.
- Terr LC. *Too scared to cry : psychic trauma in childhood*. New York : Basic Book, 1990.
- Tournier PV, Mary-Portas FL. *Statistiques pénales (infractions, mesures et sanctions)*. In : *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*. Paris : Dalloz, 2002.
- Widom CP, Ames MA. Criminal consequences of childhood sexual victimization. *Child Abuse Negl* 1994 ; 18 (4) : 303-18.

Quels sont les éléments permettant d'évaluer les risques de conséquences à moyen et long terme ?

Gilbert Vila

Les conséquences psychopathologiques des maltraitements sexuels sont très diverses et encore mal cernées, posant de nombreuses questions méthodologiques pour leur étude rigoureuse. Les biais d'échantillons sont majeurs. Beaucoup de cas restent méconnus, beaucoup de victimes ne se font pas connaître ou ne consultent pas, et parmi celles qui consultent beaucoup ne parlent pas de ce qui s'est passé. Parmi celles qui parlent, beaucoup interrompent prématurément leur suivi. Ainsi les données cliniques sont très fragmentaires. Les cas identifiés ne constituent qu'une partie de la population concernée. Les études ne portent que sur les cas identifiés, dont on peut difficilement évaluer la représentativité. Les études longitudinales concernent des cohortes constituées avec les mêmes biais et souffrent de nombreux cas perdus de vue.

Les cas identifiés, en particulier rétrospectivement, ne le sont pas avec un degré de certitude absolu et les faux positifs posent autant de problèmes que les faux négatifs. En fait, dans la pratique, les cas litigieux semblent plus nombreux que les cas indiscutables. L'identification d'un cas pose la question des limites dans lesquelles on veut définir cette maltraitance et des valeurs auxquelles on se réfère. Les très importantes variations dans les résultats des enquêtes épidémiologiques en témoignent. La fiabilité des méthodes et instruments d'évaluation pose question dans un sujet sensible où la honte et la désirabilité sociale jouent un si grand rôle, différent selon que l'information est recueillie anonymement ou pas, en autoquestionnaire ou face à un enquêteur, de façon standardisée ou informelle. Les actes incriminés, uniques ou multiples et répétés, sont très divers, de l'exhibitionnisme aux pénétrations avec séquelle physique. Dans certains cas, l'événement traumatique aura une durée limitée dans le temps, dans d'autres il s'étalera sur des années, voire de l'enfance à l'âge adulte ; parfois il sera dans le passé, plus ou moins lointain, parfois la maltraitance est encore dans le présent du sujet, voire son avenir. De plus, la maltraitance pourra concerner un bébé, un enfant, un adolescent, un adulte, voire une personne âgée, avec des conséquences différentes selon le développement. Le sexe de l'agresseur et de la victime n'est sans doute pas indifférent et ajoute à cette hétérogénéité. Enfin, constater la coexistence de difficultés psychopathologiques et d'antécédents du type maltraitance ne résout pas la question de l'imputabilité de ces troubles, souvent multiples et évolutifs, à de tels événements. En fait peuvent s'intriquer la vulnérabilité propre ou la pathologie antérieure (les personnes fragiles constituent de bonnes cibles pour les prédateurs) et les conséquences d'autres événements souvent associés : deuil, séparations familiales, conflits ou violences familiales, carences éducatives ou affectives, négligence ou rejet, maltraitance physique ou morale, insécurité, problèmes socioéconomiques et d'adaptation cultu-

relle. Les conséquences de la maltraitance ne s'arrêtent pas avec la fin des actes pervers, mais se prolongent à travers les séquelles, les réactions de l'entourage et la réponse sociale qu'il lui est donnée ou pas. Un biais méthodologique important dans beaucoup d'études est qu'il n'est pas tenu compte de cette complexité. Très souvent, ces travaux portent à la fois sur des victimes de maltraitance physique et sexuelle, dont pourtant de nombreuses études attestent de différences, parfois contradictoires d'une étude à l'autre ; on a montré avec des mesures d'état de stress post-traumatique (ESPT), de dépression et d'anxiété-trait, par exemple, que les victimes d'agressions sexuelles avaient des réactions initiales et à l'acmé de leurs troubles plus sévères que des victimes d'agressions non sexuelles, ainsi qu'un délai de récupération plus long.

Quel événement, quelle cause, quelles conséquences, dans quelle temporalité et quelle histoire ? On comprend dès lors la fragilité des données, d'autant que le sexe est un sujet tabou (mais s'agit-il de sexualité ?) et que la maltraitance est de reconnaissance récente, en particulier comme sujet d'étude scientifique, ainsi que la difficulté de dégager des facteurs prédictifs.

■ Les conséquences psychopathologiques des maltraitances sexuelles

Elles sont très variées et couvriraient aisément l'ensemble du champ nosographique : troubles anxieux, troubles affectifs, troubles du comportement, troubles du développement, troubles sphinctériens, conversions et troubles dissociatifs, somatisations, états délirants, troubles des conduites alimentaires, addictions, troubles de la personnalité, perversions, troubles de la sexualité, tentatives de suicide, délinquance et prostitution [2, 3]. Ces troubles peuvent s'associer ou se succéder dans le temps. Il paraît évident qu'aucun de ces troubles ne peut être imputé uniquement aux antécédents d'abus sexuels et de maltraitance, c'est-à-dire qu'une partie seulement des personnes souffrant de ces troubles a réellement de tels antécédents qui ont ou non un rôle étiologique ou précipitant. Ainsi il serait abusif d'affirmer que tous les patients alcooliques ou toxicomanes ont des antécédents de maltraitance sexuelle, voire que ces derniers ont un rôle étiologique dans la pathologie actuelle. L'étude des facteurs de risque doit se limiter aux sous-groupes associant ces antécédents et une pathologie psychiatrique donnée.

La pathologie psychiatrique la plus souvent citée dans la littérature internationale est l'état de stress post-traumatique (ESPT) tel qu'il est décrit dans le DSM. Ce serait le trouble le plus fréquent (près de 50 % des cas d'abus sexuels dans certaines séries, sans doute d'autant plus que l'on est proche des abus ou de leur révélation), isolé ou associé à d'autres troubles comme la dépression. Il est fréquent à tous les temps de l'évolution : dans les jours suivant une agression sexuelle (réaction aiguë de stress ou forme incomplète d'ESPT ne répondant pas aux critères de durée [4]), dans les semaines ou mois suivants (forme aiguë ou chronique d'ESPT), à distance des événements traumatiques après un intervalle libre de plus de 6 mois (forme différée d'ESPT), ou d'évolution prolongée sur des années. Ce tableau, dérivant des névroses de guerre des vétérans du Viêt Nam, s'applique au domaine civil et aux traumas sexuels uniques ou répétés. Il est considéré comme valide dans la plupart des cultures et aux différents âges de la vie. On a pu montrer sa stabilité, chez certains sujets, de l'enfance à l'adolescence et à l'âge adulte [5]. Chez le jeune enfant, des adaptations de critères ont été proposées pour les moins de 5 ans, les symptômes clés étant maintenus, sachant que des tableaux typiques d'ESPT sont fréquents à partir de 3 ans [6-8]. La nature sexuelle de l'agression imprime un caractère particulier à la sémiologie avec, en particulier, un syndrome de répétition se manifestant notamment par des attitudes de séduction, une curiosité, des fantasmes et des jeux sexuels, une excitation générale et sexuelle, des évitements dans le domaine de la vie sexuelle et des relations à l'autre sexe pouvant contribuer à des troubles associés du développement psychosexuel chez les enfants.

Le fait que ce tableau soit dérivé de la névrose de guerre pourrait faire penser que l'ESPT ne s'observe que dans les cas de violences associées, soit le viol ou les abus sexuels contemporains de sévices physiques ou au moins commis avec brutalité, lésions physiques ou sous une menace vitale. Cependant il n'en est rien, même si tous les abus sexuels ne sont pas compliqués d'ESPT. Une dimension de violence ou de risque vital perçu ajoute un quantum de risque de développer un ESPT mais n'est pas une condition *sine qua non*. Le DSM prend nettement position à cet égard :

« chez les enfants, les éléments traumatiques sexuels peuvent inclure des expériences sexuelles inappropriées par rapport au développement, sans violence ou blessure grave ou réelle ». La définition de l'événement que donne Crocq [9] est compatible avec cette interprétation : « ce qui survient une fois, à une date et en un lieu repérables, dans l'histoire d'une personne ou d'une société humaine, et qui tranche par sa signification et ses conséquences sur le reste de ce qui est advenu (et parfois de ce qui adviendra) dans le cours de cette histoire... Il ne se produit qu'une fois, même s'il semble parfois se reproduire (mais il n'est plus vécu de la même façon, ni avec la même signification) ». La question se pose le plus, à notre avis, dans le cas de pédophiles non prédateurs (selon les typologies actuelles des agresseurs sexuels) qui ne vont pas forcer leur victime mais la séduire, sous le masque de l'affection d'un parent ou de l'amitié d'un plus âgé, souvent sur des victimes carencées en quête affective, dépendantes, utilisant patience, persuasion, manipulation, cadeaux, cajoleries et caresses... L'effet est alors celui de la *confusion des langues*, entre tendresse et assouvissement sexuel, et de la honte dans l'après-coup, plus que celui d'une effraction psychotraumatique. De même pour certains jeunes à la dérive, voire en errance, qui vont activement répondre ou rechercher ces avantages matériels liés à ce type de relation, dans une conduite proche de la prostitution. Le pronostic semble lié aux carences antérieures compliquées d'un apprentissage utilitaire et pervers, avec des troubles psychopathologiques du type troubles du comportement, troubles de la sexualité, perte d'estime de soi, dépression, troubles de la personnalité. Il existe insuffisamment de ponts entre études sociologiques et psychopathologiques et, dans ce cadre, de références à une nosographie internationale et à l'ESPT. Ces questions à notre avis mériteraient des études plus approfondies et permettraient d'explorer les limites du concept de trauma.

Cette question pose celle des troubles post-traumatiques autres que l'ESPT abordée à travers la diversité des complications psychiatriques du trauma et de la maltraitance [10]. Elle est loin d'être sans intérêt puisque certains de ces troubles pourraient être très fréquents, comme les dépressions qui représentent en outre un risque vital par les tentatives de suicide (les troubles bipolaires I et II auraient un début plus précoce, des cycles plus rapides, plus de comorbidité et plus de tentatives de suicide en cas d'antécédents d'abus sexuels dans l'enfance), et d'autres troubles pourraient impliquer le long terme, comme les troubles de la personnalité. Ainsi par exemple on a montré que les troubles conversifs étaient associés à des antécédents fréquents d'abus sexuels et physiques, notamment de durée prolongée, et d'inceste, avec une grande fréquence de symptômes dissociatifs en cas de dysfonctionnement parental par la mère [11]. Chez l'enfant et l'adolescent, la dissociation serait spécifiquement associée aux antécédents d'abus sexuels et jouerait un rôle médiateur entre les abus et les symptômes psychiatriques, en particulier la prise de risque : suicidabilité, automutilations et agressions sexuelles [12]. De plus, on a montré la stabilité sur 5 ans de la dépression, de l'estime de soi et des troubles du comportement chez l'enfant victime d'abus sexuels, avec le niveau initial de dépression et d'estime de soi qui prédisait le pronostic à 5 ans [13].

Pour les *modifications durables de la personnalité après un trauma* tel que les a décrites la CIM-10 (OMS, 1993), il est possible que ce soit la répétition et la durée des événements traumatiques qui soient en cause ; selon l'OMS, elles peuvent apparaître sans avoir été précédées d'un ESPT. Pour certains, faisant notamment référence aux théories psychanalytiques, ce serait la précocité dans l'enfance – ce que tendraient à étayer les travaux de Mc Lean et Gallop [14] – et éventuellement la survenue à distance d'autres traumas qui seraient à l'origine de troubles de la personnalité. Dans la lignée de Bowlby, d'autres ont montré pour des adultes victimes d'inceste dans l'enfance, une tendance à un attachement *insecure* prédictif de troubles de la personnalité, alors que la sévérité des abus prédisait plutôt la dépression et les symptômes d'ESPT tels que pensées intrusives et évitement des souvenirs [15]. Certains auteurs ont montré que les antécédents dans l'enfance d'abus sexuels étaient prédictifs de troubles de la personnalité type DSM IV chez l'adulte jeune, en contrôlant l'effet de maltraitance physique ou de négligence associée [16]. Certaines données relierait spécifiquement la personnalité *borderline* DSM IV aux antécédents d'abus sexuels chez l'enfant ou l'adulte, avec une sévérité proportionnelle à celle des sévices. Selon certains résultats d'études récentes [17], la personnalité *borderline* serait plus associée à des antécédents d'ESPT qu'à une histoire de trauma, confirmant là l'intérêt pronostique de l'ESPT. Le *Complex PTSD* ou *Disorder of extreme stress not otherwise specified* (DESNOS) distingue les sujets par l'association

somatisation, dissociation, hostilité, anxiété, alexithymie, dysfonctionnement social, schémas de pensée dysfonctionnels, destructivité et victimisation à l'âge adulte ; il s'associe significativement avec une histoire d'abus sexuels dans l'enfance [18].

Pour le développement psychosexuel, chez des enfants de 3 à 7 ans victimes d'abus sexuels, les troubles du comportement sexuels interpersonnels sont prédits par une excitation sexuelle au moment des abus, l'usage de sadisme par l'agresseur, une histoire d'abus physiques et émotionnels ; les actes sexuels dirigés vers soi dépendraient de qui l'enfant désigne comme son agresseur [19]. Les femmes victimes d'abus répétés dans l'enfance sont plus sujettes que les victimes d'agression unique à développer des troubles du désir et de l'orgasme ; les troubles orgasmiques sont associés à une éducation sexuelle inadéquate ; les expériences familiales précoces négatives sont prédictives de tous les types de dysfonction sexuelle ; ces perturbations à l'âge adulte ne semblent pas significativement plus fréquentes en cas d'abus unique qu'en population générale [20]. Le développement d'agressions sexuelles par des garçons ayant subi des abus sexuels est observé dans moins de 10 % des cas (sur la base des interpellations), pour une durée d'observation de 7 à 19 ans, avec comme facteurs prédictifs une négligence matérielle, un manque de supervision et des abus commis par une femme ; ces jeunes ont fréquemment été témoins de violences intrafamiliales et étaient souvent cruels avec les animaux [21]. Une étude prospective sur le devenir de fillettes, 10 ans après la révélation d'abus sexuels dans l'enfance (âge moyen : 20 ans), a montré que les jeunes femmes violentées étaient plus préoccupées par le sexe, avaient été plus souvent mères dès l'adolescence, contrôlaient moins bien leurs naissances que les sujets indemnes du groupe de comparaison ; au cours de leur développement, les préoccupations sexuelles étaient prédites par l'anxiété, l'aversion sexuelle par les problèmes de comportement sexuel dans l'enfance, et la coexistence des deux patterns (ambivalence) par la dissociation pathologique ; des abus sexuels perpétrés par le père biologique prédisaient une plus grande aversion sexuelle ou l'ambivalence [22]. Les femmes ayant eu des abus dans l'enfance auraient plus d'expériences homosexuelles à l'adolescence et à l'âge adulte. On manque d'études de facteurs prédictifs pour les perturbations de la maternité souvent observées. Ces troubles psychosexuels peuvent être compris comme des manifestations de la perte de réactivité générale, de l'évitement ou de la compulsion de répétition propre aux syndromes psychotraumatiques – voire des symptômes d'ESPT. De la même façon, on a montré que des femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance avaient plus souvent une histoire de divers traumas sur toute la vie [23].

En général il faut reconnaître l'insuffisance des données, en particulier en termes de facteurs prédictifs liant un événement potentiellement traumatique et le risque de développer des troubles autres que l'ESPT. La seule réponse qui peut être donnée actuellement est que ces troubles autres sont souvent associés ou font suite à l'ESPT, qui apparaît alors comme un facteur de risque de développer d'autres pathologies, sans que l'on ait pu dégager des variables permettant de prédire cette comorbidité ou cette évolution. Il nous semble que le seul critère fiable, probable mais non démontré, est la chronicité et la persistance sur plusieurs années de l'ESPT, aggravant le retentissement psychosocial et le niveau de stress non spécifique. Pour les addictions, on a pu montrer à l'aide de modèles structuraux la séquence diachronique trauma, ESPT et addictions, l'ESPT jouant le rôle de chaînon manquant, explicatif de la survenue de ces troubles autres qui en seraient la complication sur certains terrains [24]. Cette modélisation reste à étendre aux autres troubles pour élargir la valeur prédictive de l'ESPT à cet ensemble très divers de troubles mentaux. Il restera alors à trouver des facteurs prédictifs secondaires de cette évolution de l'ESPT vers d'autres troubles mentaux, en dehors de la durée et de facteurs généraux propres à ces complications, comme l'âge (par exemple l'adolescence pour les addictions ou les tentatives de suicide à répétition [25]), le sexe (par exemple masculin pour les troubles du comportement, féminin pour les troubles émotionnels), ou le comportement parental maladapté [26].

Une méta-analyse a été réalisée récemment sur 37 études publiées depuis 1981, réunissant 25 367 personnes, sur les effets à court et long terme des abus sexuels dans l'enfance. Elle a montré les effets les plus importants pour, par ordre décroissant, l'ESPT, la dépression, le suicide, la promiscuité sexuelle, le cycle victime-agresseur et les faibles réussites académiques ; il n'y avait pas de relation avec les sexes, le niveau socioéconomique, le type d'abus, l'âge de l'abus, les liens avec l'agresseur ni le nombre d'actes d'abus sexuels [27].

L'ESPT serait ainsi non seulement la principale pathologie post-traumatique, mais également un marqueur d'une évolution péjorative. Ceci doit être compris dans une perspective temporelle. Il y a le temps du trauma, celui des troubles aigus, celui du passage à la chronicité et aux formes que nous qualifierons de prolongées. Les formes différées sont à mettre à part.

Les formes différées, c'est-à-dire la survenue de novo de troubles du type ESPT des mois ou des années après les événements (plus de 6 mois), sont discutées. Il s'agirait plus d'une rechute ou d'une récurrence d'un ESPT antérieur en rémission incomplète, à l'occasion d'une fragilisation du sujet, d'une période de stress, de la rencontre vulnérante d'un *reminder* ou d'un nouveau trauma [28, 29]. Ces ESPT différés seraient en général précédés de formes sub-syndromiques d'ESPT dont ils représenteraient l'acutisation. *Peut alors être considérée comme prédictive du risque de rechute la présence prolongée de ces formes paucisymptomatiques que représentent les ESPT sub-syndromiques* dont le handicap peut être limité et dont les sujets tendent à s'accommoder au prix de divers évitements et aménagements (par exemple réduction des relations sociales et de la sexualité), tant qu'ils sont tenables ; ils évitent d'en parler, banalisent les difficultés, essaient d'oublier (voire souffrent d'amnésie psychogène), d'où l'apparente normalité (intervalle libre) qui précède la pseudo-émergence de novo de l'ESPT typique. Ces formes sub-syndromiques sont insuffisamment connues et devraient faire l'objet de stratégies préventives car elles témoignent de la vulnérabilité du sujet et de sa fragilité face à son environnement. Devant de telles formes, une évolution des critères B, C, D et F de l'ESPT de quelques jours est d'emblée à considérer comme grave, potentiellement durable car déjà inscrite dans une évolution prolongée. Ceci les distingue des formes sub-syndromiques observées immédiatement après un événement traumatique (dans le premier mois), sans antécédents, qui peuvent évoluer vers un ESPT mais régressent le plus souvent avec un meilleur pronostic. Deux mois après des accidents, on a évalué à près d'un quart de la cohorte d'adultes la prévalence des formes sub-syndromiques (définies par les critères remplis pour 2 ou 3 clusters de symptômes d'ESPT), soit autant que d'ESPT complets [30] ; chez des enfants, 6 à 18 mois après un attentat, la prévalence des formes sub-syndromiques restait de plus du tiers des sujets évalués, supérieure à celle des ESPT complets observés [31].

Mis à part la question des troubles dits différés, peu fréquents, les données actuelles permettent d'espérer que les sujets indemnes de troubles dans les premières semaines suivant l'événement vont en forte majorité le rester. À l'inverse, ceux qui présentent des troubles persistant au-delà des premières heures ou des premiers jours après le rétablissement de la sécurité, sont à risque élevé de développer des troubles aigus dans les premières semaines, dont la moitié environ passeraient à la chronicité et une proportion plus faible aux formes prolongées (2/3 environ des enfants victimes d'abus sexuels s'améliorent dans les 12 à 18 mois [2]). Il semble que ce soit les sujets les plus fortement symptomatiques (les plus réactifs) initialement (au moment du trauma ou du premier trauma pour les événements durables), qui vont avoir le plus haut risque de subir des troubles chroniques. Cette réaction initiale fortement prédictive a été qualifiée d'*effroi* par les psychanalystes, est définie par l'item 2 du critère A de l'ESPT du DSM IV, et a été évaluée sur les symptômes de dissociation ou d'attaque de panique au moment de l'agression. Plus de la moitié des sujets rapporteraient des attaques de panique au moment du trauma, en particulier ceux qui vont développer des réactions aiguës de stress complètes ou incomplètes [32]. Beaucoup de travaux récents ont accordé une place centrale à la dissociation péritraumatique et des instruments d'évaluation spécifiques ont été construits. Cette position est remise en question au profit d'une réaction initiale intense, avec ou sans dissociation. Cette réaction immédiate serait prédictive des réactions pathologiques aiguës du premier mois : troubles de l'adaptation non spécifiques, *réaction aiguë de stress* (riche en symptômes dissociatifs dans le prolongement de la dissociation péritraumatique) ou ESPT d'installation immédiate et ne répondant pas encore aux critères de durée (un mois au moins). On a montré que ces dernières étaient fréquentes, ce qui remet en question la notion d'intervalle libre après le trauma et avant la survenue des syndromes psychotraumatiques (il s'agit en fait d'une phase d'invasion plus ou moins rapidement progressive jusqu'à une forme complète en phase d'état). La présence de symptômes d'ESPT dans le premier mois serait donc prédictive d'une évolution péjorative. Quand est réalisé un tableau de *réaction aiguë de stress*, l'évolution se fait vers l'ESPT chronique dans deux tiers des cas, au moins sur deux ans [33]. Le tableau de la *réaction aiguë de stress* est actuellement fortement discuté quant à son autonomie et sa pertinence [34]. Ainsi tous les clusters de symptômes de *réaction aiguë de stress* du DSM IV prédisaient également la survenue d'ESPT –

mais plus faiblement que ce diagnostic au complet – et trois symptômes de reviviscence ou d'*arousal* permettent de prédire les ESPT chroniques à 6 mois aussi bien qu'un tableau complet de *réaction aiguë de stress*, qui lui-même classe correctement 83 % des sujets [35]. On a montré, également, qu'à deux semaines d'un accident les symptômes de dissociation n'étaient pas plus fréquents ni plus intenses que ceux d'ESPT, et que remplir les critères d'ESPT dans les deux premières semaines prédisait autant que la *réaction aiguë de stress* l'installation d'un ESPT chronique [36]. Globalement les réactions pathologiques du premier mois sont prédictives de l'installation d'un ESPT sur les premiers mois (formes aiguës et chroniques). Une minorité parmi les formes dites chroniques (moins de la moitié) évoluerait sur un mode prolongé. Le seuil arbitraire des 3 mois pour la chronicité est actuellement discuté, même si l'on peut penser que les premières semaines sont déterminantes. *La revue de la littérature permet de dire que 20 à 44 % des victimes d'abus sexuels dans l'enfance ne présentent pas de signes d'un devenir négatif* [37] ; les études sur leur résilience sont encore peu nombreuses et mettent en avant des facteurs protecteurs tels que la révélation de l'abus, le soutien social, en général et après la révélation, des stratégies cognitives et de *coping* comme donner un sens aux abus, percevoir des bénéfices et un style attributionnel externe [37]. Les filles bénéficieraient d'une relation chaleureuse et de soutien par un parent non agresseur. Le sport, la réussite scolaire, de bonnes relations sociales seraient favorables aux adolescents. Une bonne relation à l'âge adulte avec un partenaire serait protectrice. Une revue des études récentes sur les facteurs prédictifs des séquelles psychiatriques d'un trauma chez l'enfant et l'adolescent suggère que le degré d'exposition à l'événement, une psychopathologie caractérisée avant le trauma et les perturbations du soutien social sont fortement prédictifs des troubles psychopathologiques suivant le trauma [38].

Ceci laisse penser qu'il existe deux types de facteurs de risque à valeur prédictive.

■ Les facteurs pré- et péritraumatiques

L'événement traumatisant est l'élément étiologique central des troubles psychotraumatiques en nature et intensité [39]. Le caractère particulièrement intense de menace vitale lié à l'agent stressant est un facteur étiologique important [16, 39, 40]. La violence provoquée par l'homme, désintégrant le bouclier de protection sociale et familiale, serait plus délétère que celle des catastrophes naturelles [41, 42], notamment si l'agression est perpétrée par une figure d'autorité, comme dans l'inceste où on a montré que la sévérité des abus sexuels dans l'enfance était prédictive de la gravité des symptômes d'ESPT chez l'adulte [15]. Les troubles seraient plus marqués si l'agresseur est le père ou s'il y a eu pénétration. Dans les abus sexuels plus généralement, on a montré que le type d'abus sexuel dans l'enfance, ses caractéristiques, prédisaient la symptomatologie adulte, notamment la sévérité de l'ESPT ou de la dépression [16]. L'utilisation de violence ou de coercition est un facteur de risque démontré dans la survenue d'ESPT à la suite d'abus sexuels dans l'enfance [43]. Le fait d'avoir subi dans l'enfance des abus sexuels par agresseurs multiples – corrélés à un âge plus jeune, une durée plus longue des abus et à des violences subies – est prédictif d'un devenir psychopathologique plus sévère chez des femmes adultes, en particulier avec une échelle globale de fonctionnement à 50 ou moins, des autoagressions uniques ou répétées, des overdoses, des automutilations et des hospitalisations psychiatriques [44]. La nature et la sévérité des abus sexuels sont prédictives de l'ESPT chez le jeune [43]. Le degré de l'exposition à l'agent stressant est un aspect essentiel du risque psychotraumatique [38, 39]. Pynoos et Nader [40, 45] montrent comment l'intensité de la symptomatologie post-traumatique est liée à la proximité physique des tirs meurtriers dans une cour d'école, et donc au degré d'exposition au danger vital et à la mort. Pynoos et Goenjian [46, 47] ont évalué 218 enfants répartis dans trois villes d'Arménie situées à des distances différentes de l'épicentre d'un grave séisme. La fréquence des troubles, en particulier des ESPT, un an et demi après le tremblement de terre, était élevée et reflétait le degré d'exposition traumatique, selon le lieu et par ordre de distance croissante à l'épicentre (ESPT : à Spitak : 95 % ; à Gumri : 71 % ; à Yerevan : 26 %). D'autres auteurs [48-52] ont apporté des arguments dans le même sens. Une étude sur des enfants victimes d'abus sexuels non consultants a montré que les caractéristiques de l'abus (par exemple sa fréquence) associées aux variables démographiques prédisaient plus de la moitié de la variance du fonctionnement global et prédisaient correctement le diagnostic d'ESPT pour 86 % des sujets [53]. En revanche, Schwarz et Kowalski [54], dans une

situation comparable à celle étudiée par Pynoos et impliquant des enfants et des adultes, n'ont pas retrouvé cette relation entre l'ESPT et la proximité physique à l'agent stressant. La simple exposition au trauma ne suffit pas à expliquer la survenue de troubles, en particulier chroniques et prolongés, qui concerne moins de la moitié des impliqués. Il intervient des variables modulatrices, et en particulier, au décours immédiat du trauma, *l'implication subjective* (émotions, cognitions de l'immédiat et préparation éventuelle par la vulnérabilité et les antécédents) dans l'événement qui explique que des non-exposés aux sévices développent des troubles comparables, comme un parent, la fratrie ou un ami [55]. C'est ce que Yule *et al.* [52] nomment « exposition par procuration » qui entraîne le phénomène de « manqué de peu », à l'origine d'une symptomatologie psychotraumatique authentique quoique moins fréquente que chez les enfants directement exposés. Ceci est à distinguer des phénomènes de mémoire retrouvée de sévices oubliés à l'occasion de la révélation d'abus chez un proche.

La persistance ou le risque de récurrence (sur soi ou un proche) des sévices (absence de sécurité rétablie) [13, 51]

Les réactions et la dissociation péritraumatique : la dissociation péritraumatique serait prédictive de la *réaction aiguë de stress* et de l'ESPT chronique [36, 53]. Chez des femmes adultes cherchant un traitement pour un ESPT ou une dépression à la suite d'abus sexuels dans l'enfance, la dissociation péritraumatique était fortement corrélée à la sévérité des symptômes et était d'autant plus marquée qu'il y avait eu pénétration pénienne, crainte pour la mort de quelqu'un ou blessure physique [16]. Actuellement, l'importance prédictive accordée à la dissociation péritraumatique tend à être remise en question au profit de facteurs subjectifs (*réaction d'effroi*) [54], physiologiques – *arousal* [30], ou de symptômes d'anxiété (Bryant et Panasetis 2001) ou d'ESPT précoces [35, 36].

Les interventions de crise correspondant au moment de la révélation de la maltraitance sont de plus en plus utilisées. À ce jour, on n'a pas pu faire la preuve de l'efficacité préventive du *debriefing psychologique* et on peut penser que de mauvaises indications ou une technique inadaptée vont jouer un rôle aggravant, élevant le niveau de stress, culpabilisant les victimes et renforçant le trauma [54]. Certains auteurs, s'appuyant sur les résultats des études randomisées, qu'ils qualifient eux-mêmes de piètre qualité, plaident pour que cesse la pratique *compulsive* des *debriefing* après un trauma [55]. Cette technique s'appliquerait à une minorité de cas du fait du caractère souvent prolongé des événements, du caractère habituellement tardif de la révélation, des difficultés d'accès rapide à un spécialiste formé, de troubles déjà installés et chroniques, parfois du trop jeune âge des enfants... En revanche, il a été montré des effets préventifs significatifs (sur le taux d'*Acute Stress Disorder* et, à 6 mois, d'ESPT) de thérapies brèves (5 séances) à 2 semaines de l'événement [56].

Les facteurs cognitifs tels que la menace vitale perçue [39, 57, 58] ou, inversement, le sens du contrôle durant l'événement [57]

La conscience au moment du trauma, les sujets inconscients ne pouvant *a priori* développer des troubles que dans *l'après-coup* : une réaction d'alerte (*arousal*) à un niveau élevée prédit la survenue de l'ESPT [30] ; une fréquence cardiaque élevée au repos en phase aiguë est prédictive d'ESPT chronique à 6 mois – une équation avec un diagnostic de *réaction aiguë de stress* et de fréquence cardiaque élevée au repos en phase aiguë serait prédictive, avec une sensibilité de 88 % et une spécificité de 85 % [59] ; à l'inverse, la prise d'alcool ou l'intoxication alcoolique avant le trauma réduisent ce risque [57], ce qui est important à considérer à l'heure de *la drogue des violeurs*. Les études en psychiatrie biologique ont montré une hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et autonome (hyperréactivité au stress) chez des femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance, en particulier celles qui ont des troubles anxiodépressifs [60].

Des blessures physiques lors du trauma ne sont pas protectrices et augmentent le risque d'ESPT [30, 36, 57]. Epstein *et al.* [39] ont montré, sur un échantillon de plus de 3 000 femmes représentatif de la population générale, que les blessures physiques ainsi que la menace vitale perçue lors d'un viol dans l'enfance prédisaient la survenue d'un ESPT.

Les *antécédents psychopathologiques* (par exemple – outre les troubles de l'humeur qui peuvent rechuter sur le même mode –, de phobie simple pour l'ESPT pour Maes *et al.*, 2001), mais surtout de trauma ou d'événements potentiellement traumatiques [13, 36], d'ESPT typiques ou sub-syndromiques [38] : les victimes récentes d'agressions criminelles, sexuelles ou non, qui ont une histoire d'abus sexuels dans l'enfance ont plus d'expériences dissociatives, indépendamment de l'ESPT pour le viol [61]. On note un certain recoupement entre symptômes d'ESPT et symptômes psychotiques [62]. Un schizophrène peut décompenser à l'occasion d'un événement. Mais sur la base d'antécédents fréquents de trauma dans l'enfance et l'âge adulte, ainsi que de revictimation, chez les patients schizophrènes, un modèle neurodéveloppemental traumagénique de la schizophrénie a été proposé, un déficit génétique créant une vulnérabilité sous la forme d'une hypersensibilité au stress [63]. Les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance, de revictimations et d'ESPT seraient particulièrement fréquents en cas d'association schizophrénie et *abus de toxiques* [62]. Chez des schizophrènes ayant des antécédents de trauma bien documentés, on a montré que les abus dans l'enfance étaient associés aux hallucinations – en particulier ils prédisaient fortement les hallucinations auditives et tactiles – mais pas au délire, aux troubles de la pensée ou aux symptômes négatifs ; les abus sexuels chez l'adulte étaient associés aux hallucinations, au délire et aux troubles de la pensée [64].

Le *sexe féminin* serait plus exposé aux ESPT [53, 57], mais cette donnée est contestée dans les études à large effectif [27]. De même pour *l'âge* [27, 53]. Des femmes ayant subi des abus sexuels précoces dans l'enfance auraient un risque plus élevé d'ESPT complexes ou de personnalité *borderline* que si les abus ont été plus tardifs [14]. Les *troubles des conduites*, chez des enfants victimes d'abus sexuels ou physiques répétés intrafamiliaux, sont prédits par le sexe masculin et un âge plus avancé, quel que soit le type d'abus [65].

■ Les facteurs post-traumatiques d'entretien ou de renforcement conditionnant le passage à la chronicité et à une évolution prolongée

Les revictimisations seraient fréquentes chez les victimes d'abus sexuels et seraient liées, pour les enfants, aux dysfonctionnements familiaux. On a montré, chez des enfants victimes d'abus sexuels répétés par un parent, que les *stressors* autres que les abus étaient prédictifs d'un ESPT [63]. Des stress autres que les abus prédiraient également la dépression chez des filles victimes d'abus sexuels. À long terme, l'exposition à des traumas autres que les abus sexuels dans l'enfance médient la relation entre les abus sexuels dans l'enfance et la détresse psychologique chez des femmes adultes [23]. On a évoqué également l'effet stressant – en montrant des problèmes de comportement accrus – des procédures chez l'enfant jusqu'à ce qu'elles prennent fin, en particulier la peur de la confrontation à leur agresseur, notamment chez les plus jeunes et en cas d'abus sexuels sévères [66]. Plus généralement, les réponses négatives des personnes auxquelles on s'est confié, les difficultés à obtenir reconnaissance et réparation et le *parcours des combattants* des victimes et de leur famille sont un facteur de stress évident, peut-être de maintien de la symptomatologie et de *survictimisation* [67].

Les perturbations du *soutien social* sont un facteur prédictif important de troubles post-traumatiques à tous les âges [38]. Des *réactions sociales* négatives à la révélation d'agressions sexuelles (associées à un bas niveau éducatif et à une menace vitale plus fortement perçue) sont prédictives d'une plus grande sévérité des symptômes d'ESPT, les victimes issues de minorités ethniques recevant des réactions plus négatives [58]. Les sentiments de culpabilité, accentuant l'isolement et renforçant les effets du rejet, sont souvent associés aux ESPT et discriminants des victimes n'ayant pas développé d'ESPT [43]. Une modélisation en analyse structurale a montré que la sévérité des symptômes covarie avec la capacité des individus adultes à développer et maintenir des relations étayantes pour filtrer l'impact des événements [68].

Les facteurs familiaux : depuis A. Freud on tend à leur donner une place centrale pour l'enfant. Pour beaucoup d'auteurs, c'est l'organisation, l'attitude et la psychopathologie familiale pré- et post-traumatique qui influencent le plus le développement des syndromes psychotraumatiques chez l'enfant [41, 42, 69]. Plusieurs études ont montré une corrélation entre la psychopathologie paren-

tale, en particulier maternelle, et des troubles post-traumatiques chez l'enfant [70, 71]. Pour McFarlane [72], les symptômes post-traumatiques présentés par 365 enfants ayant été menacés par un feu de broussailles et suivis sur 18 mois, sont corrélés à des phénomènes intrusifs de répétition, une plus grande irritabilité ou une attitude devenant plus protectrice chez la mère. Les enfants les plus jeunes et les adolescents seraient plus influencés encore que les enfants dits en période de latence par ces facteurs familiaux [31, 73].

Pour l'ESPT, on a montré que les troubles des enfants étaient liés à la fois à l'exposition au trauma et à l'environnement parental [70, 74]. Il faut garder à l'esprit que, pour la maltraitance en contraste avec d'autres traumas, l'agresseur est souvent un membre de la famille, souvent dysfonctionnelle à différents niveaux et qui va être fortement remise en question lors de la révélation. L'inceste dans l'enfance s'associe souvent à un attachement *insecure* chez l'adulte, prédictif de la détresse, de la dépression et des troubles de la personnalité [15]. On a évoqué les mauvaises relations parents-enfant et père-mère. L'environnement familial pré- et post-abus pourrait contribuer à la survenue de troubles du comportement. Pourtant les données sont hétérogènes, certaines études ne trouvant pas d'influence des antécédents parentaux et du fonctionnement familial sur le pronostic à 5 ans d'enfants victimes d'abus sexuels [13]. On a montré, pour des jeunes de 7 à 14 ans victimes d'abus sexuels, que le support parental associé aux attributions de l'enfant autour de l'acte étaient fortement prédictifs des résultats de la psychothérapie [75]. Oates *et al.* [76] ont montré que la principale variable pour l'amélioration sur 18 mois d'enfants victimes d'abus sexuels entre 5 et 15 ans (56 % restaient dans la zone pathologique pour l'estime de soi, 48 % pour le comportement et 35 % pour la dépression) était l'amélioration du fonctionnement familial, alors que le traitement ne modifiait pas le pronostic.

Des *facteurs cognitifs* pourraient intervenir pour chroniciser les troubles, comme la culpabilité, la honte et les schémas dysfonctionnels afférents ainsi que le *coping*. Le *coping* désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique [77]. De bonnes stratégies d'ajustement à l'adversité, de bonnes capacités de « faire face » seraient un prédicteur plus important à long terme que le support parental dans l'enfance et joueraient un rôle partiellement médiateur entre la sévérité des abus sexuels dans l'enfance et l'ajustement psychologique d'un large effectif de femmes à l'âge adulte [78].

Les actions thérapeutiques font bien sûr partie des facteurs pronostiques à trois niveaux : l'émergence et la précocité d'une demande de soins (peu de victimes consultent pour abus sexuels, souvent de façon indirecte – pour d'autres motifs ou des complications – et très différée), la qualité de l'offre de soins (souvent insuffisante), la motivation et la persévérance dans l'observance thérapeutique (les interruptions thérapeutiques sont fréquentes). Une méta-analyse récente a montré une efficacité des traitements psychologiques sur l'ESPT, qui sont actifs sur la composante des symptômes basés sur la peur mais moins sur la honte et renforcent l'action des psychotropes utilisables qui semblent avoir une efficacité moindre [54]. Chez l'enfant et l'adolescent, les psychotropes n'ont pas fait l'objet d'études systématiques dans cette indication. On dispose encore de peu d'études de validation de thérapeutiques de la maltraitance sexuelle et des facteurs prédictifs de l'efficacité qui devraient en découler. Certains résultats longitudinaux sont à cet égard déconcertants puisqu'ils montrent l'absence d'effet des traitements sur l'évolution des patients victimes d'abus sexuels [13]. Une revue des études contrôlées et randomisées sur les thérapies cognitivo-comportementales des abus sexuels montre leur efficacité chez l'enfant et l'adolescent [3, 38].

Références

1. Gilboa-Schechtman E, Foa EB. Patterns of recovery from trauma : the use of intraindividual analysis. *J Abnorm Psychol* 2001 ; 110 : 392-400.
2. Kendall-Tackett KA, Williams LM, Finkelhor D. Impact of sexual abuse on children : a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 2003 ; 113 : 164-80.
3. Putnam FW. Ten-year research update review : child sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003 ; 42 : 269-78.

4. Dahl S. Acute response to rape : a PTSD variant. *Acta Psychiatr Scand* 1989 (suppl) ; 355 : 56-62.
5. Sack WH, et al., Post-traumatic Stress Disorder across Two Generations of Cambodian Refugees. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 (9) : 1160-6.
6. Scheeringa MS, et al. Two Approaches to the Diagnosis of Post-traumatic Stress Disorder in Infancy and Early Childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 191-200.
7. Terr LC. What Happens to Early Memories of Trauma ? A Study of Twenty Children Under Age Five at the Time of Documented Traumatic Events. *J Am Acad. child Adolesc Psychiatry* 1988 ; 27 : 96-104.
8. Vila G, Mouren-Simeoni MC. État de stress post-traumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? *Annales Médicopsychologiques* 1999 ; 157 : 456-69.
9. Crocq L. *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris : Odile Jacob, 1999.
10. O'Brien LS. *Traumatic events and mental Health*. Cambridge : Cambridge University Press, Psychiatry and Medicine, 1998.
11. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 1908-13.
12. Kisiel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 : 1034-9.
13. Tebbut J, Swanston H, Oates RK, O'Toole BI. Five years after child sexual abuse : persisting dysfunction and problems of prediction. *J Am Acad child Adolesc Psychiatry* 1997 ; 36 : 330-9.
14. Mc Lean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult *borderline* personality disorder and complex posttraumaticstress disorder. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 369-71.
15. Alexander PC, Anderson CL, Brand B, Schaefer CM, Grelling BZ. Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. *Child Abuse Negl* 1998 ; 22 : 45-61.
16. Johnson DM, Pike JL, Chard KM. Factors predicting PTSD, depression and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl* 2001 ; 25 : 179-98.
17. Shea MT, Zlotnick C, Dolan R, et al. Personality disorders, history of trauma, and post-traumatic disorders in subjects with anxiety disorders. *Compr Psychiatry* 2000 ; 41 : 315-25.
18. Zlotnick C, Zakriski AL, Shea MT, et al. The long-term sequelae of sexual abuse : support for a complex posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1996 ; 9 : 195-205.
19. Hall DK, Mathews F, Pearce J. Factors associated with sexual behavior problems in young sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1998 ; 22 : 1045-63.
20. Kinzl JF, Traweger C, Biebl W. Sexual Dysfunctions : relationship to childhood sexual abuse and early family experiences in a nonclinical sample. *Child Abuse Negl* 1995 ; 19 : 785-92.
21. Salter D, Mc Millan D, Richards M, et al. Development of sexually abusive behaviour in sexually victim males : a longitudinal study. *Lancet* 2003 ; 361 : 471-6.
22. Noll JG, Trickett PK, Putnam FW. A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *J Consult Clin Psychol* 2003 ; 71 : 575-86.
23. Banyard VL, Williams LM, Siegel JA. The long-term mental health consequences of child sexual abuse : an exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *J Trauma Stress* 2001 ; 14 : 697-715.
24. Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS. PTSD as a mediator between childhood rape and alcohol use in adult women. *Child Abuse Negl* 1998 ; 22 : 223-34.
25. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. Childhood abuse and neglect : specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 ; 38 : 1490-6.
26. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Smailes E, Brooks JS. Maladaptive parenting and the association between parent and offspring psychiatric disorders. *Z Psychosom Med Psychother* 2002 ; 48 : 396-410.
27. Paolucci EO, Genius ML, Violato C. A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *J Psychol* 2001 ; 135 : 17-36.
28. Vila G, Mouren-Simeoni MC. État de stress post-traumatique chez le jeune enfant : mythe ou réalité ? *Annales Médicopsychologiques* 1999 ; 157 (7) : 456-69.

29. Bryant RA, Harvey AG. Delayed-onset posttraumatic stress disorder : a prospective evaluation. *Aust N Z J Psychiatry* 2002 ; 36 : 205-9.
30. Mellman TA, David D, Bustamante V, Fins AI, Esposito K. Predictors of post-traumatic stress disorder following severe injury. *Depress Anxiety* 2001 ; 14 : 226-31.
31. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. An 18-month longitudinal study of post-traumatic disorders in children who were taken hostages in their school. *Psychosomatic Medicine* 1999 ; 61 (6) : 746-54.
32. Bryant RA, Panasetis P. Panic symptoms during trauma and acute stress disorder. *Behav Res Ther* 2001 ; 39 : 961-6.
33. Harvey AG, Bryant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder : a 2-year prospective evaluation. *J Consult Clin Psychol* 1999 ; 67 : 985-8.
34. Harvey AG, Bryant RA. Acute stress disorder : a synthesis and critique. *Psychol Bull* 2002 ; 128 : 886-902.
35. Brewin CR, Andrews B, Rose S, Kirk M. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156 : 360-6.
36. Difede J, Ptack JT, Roberts J, Barocas D, Rives W, Apfeldorf W. Acute stress disorder after burn injury : a predictor of posttraumatic stress disorder ? *Psychosom Med* 2002 ; 64 : 826-34.
37. Dufour MH, Nadeau L, Bertrand K. Resilience factors in the victims of sexual abuse : state of affairs. *Child Abuse Negl* 2000 ; 24 : 781-97.
38. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents : risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biol Psychiatry* 2002 ; 51 : 519-31.
39. Epstein JN, Saunders BE, Kilpatrick DG. Predicting PTSD in women with a history of childhood rape. *J Trauma Stress* 1997 ; 10 : 573-88.
40. Pynoos RS, Frederick CJ, Nader K, et al. Life threat and post-traumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry* 1987 ; 148 : 10-20.
41. Amaya-Jackson L, March JS. Post-traumatic Stress Disorder. In : March JS, ed. *Anxiety Disorders in children and adolescents*. New York-London : The Guilford Press, 1995 : 276-300.
42. Mouren-Simeoni MC. Syndrome de stress post-traumatique. In : Mouren-Siméoni MC, Vila G, Vera L, eds. *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Maloine, 1994 : 42-7.
43. Wolf DA, Sas L, Wekerle C. Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child abuse Negl* 1994 ; 18 : 37-50.
44. Pettigrew J, Burcham J. Characteristics of childhood sexual abuse and adult psychopathology in female psychiatric patients. *Aust N Z J Psychiatry* 1997 ; 31 : 200-7.
45. Nader K, Pynoos R, Fairbanks L, Frederick CJ. Children's PTSD Reactions One Year After a Sniper Attack at Their School. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1526-30.
46. Pynoos RS, et al. Post-traumatic Stress Reactions in Children After the 1988 Armenian Earthquake. *British Journal of Psychiatry* 1993 ; 163 : 239-47.
47. Goenjian AK, Pynoos RS, Steinberg AM. Psychiatric Comorbidity in Children after the 1988 Earthquake in Armenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 1174-84.
48. Earls F, Smith EM, Reich W, Jung KG. Investigating Psychopathological Consequences of a Disaster in Children : A Pilot Study Incorporating a Structured Diagnostic Interview. *J Am Acad Child Psychiatry* 1988 ; 27 : 90-5.
49. Keppel-Benson JM, Ollendick TH. Post-traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. In : Saylor CF, ed. *Children and Disaster*. New York-London : Plenum Press, 1993 : 29-44.
50. Lonigan CJ, et al. Children Exposed to Disaster : II. Risk Factors for the Development of Post-traumatic Symptomatology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994 ; 33 : 94-105.
51. Terr LC. Childhood Traumas : An Outline and Overview. *Am J Psychiatry* 1991 ; 148 : 10-20.
52. Yule W, et al. The « Jupiter » Sinking : Effects on Children's Fears, Depression and Anxiety. *J Child Psychol Psychiat* 1990 ; 31 : 1051-61.
53. Birmes P, Brunet A, Carreras D, et al. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms : a three-month prospective study. *Am J Psychiatry* 2003 ; 160 : 1337-9.
54. Adshead G. Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry* 2000 ; 177 : 144-8.

55. Vila G, Bertrand C, Friedman S, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. Trauma par exposition indirecte, implication objective et subjective. *Annales Médico-psychologiques, Annales Médico-psychologiques* 2000 ; 158 : 677-86.
56. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of acute stress disorder : a comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 1998 ; 66 : 862-6.
57. Maes M, Delmaire L, Mylle J, Altamura C. Risk and preventive factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) : alcohol consumption and intoxication prior to a traumatic event diminishes the relative risk to develop PTSD response to that trauma. *J Affect Disord* 2001 ; 63 : 113-21.
58. Ullman SE, Filipas HH. Predictors of PTSD symptoms severity and social reactions in sexual assault victims. *J Trauma Stress* 2001 ; 14 : 369-89.
59. Bryant RA, Harvey AG, Guthrie RM, Moulds ML. A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol* 2000 ; 109 : 341-4.
60. Heim C, Newport DJ, Heit S, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000 ; 284 : 592-7.
61. Dancu CV, Riggs DS, Hearst-Ikeda D, Shoyer BG, Foa EB. Dissociative experiences and posttraumatic stress disorder and female victims of criminal assault and rape. *J Trauma Stress* 1996 ; 9 : 253-67.
62. Gearon JS, Kaltman SI, Brown C, Bellack AS. Traumatic life events and PTSD among women with substance abuse disorders and schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 523-8.
63. Read J, Perry BD, Moskowitz A, Connolly J. The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients : a traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry* 2001 ; 64 : 319-45.
64. Read J, Agar K, Argyle N, Aderhold V. Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychol Psychother* 2003 ; 76 : 1-22.
65. Livingston R, Lawson L, Jones JG. Predictors of self-reported psychopathology in children abused repeatedly by a parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 : 948-53.
66. Goodman GS, Taub EP, Jones DP, England P, Port LK, Rudy L. Testifying in criminal court : emotional effects on child sexual assault victims. *Monogr Soc Res Child Dev* 1992 ; 57 : 1-142.
67. Vila G, Porche LM, Mouren-Simeoni MC. *L'enfant victime d'agression*. Paris : Masson, 1998.
68. Regehr C, Hemsworth D, Hill J. Individual predictors of posttraumatic distress : a structural equation model. *Can J Psychiatr* 2001 ; 46 : 156-61.
69. Yule W. Post-traumatic Stress Disorders. In : Rutter M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3rd ed. London : Modern Approaches, 1994 ; 22 : 392-406.
70. Vila G, Witkowski P, Tondini MC, Perez-Diaz F, Jouvent R, Mouren-Simeoni MC. A Study of Post-traumatic Disorders in Children who experienced an Industrial Disaster in the Briey Region. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2001 ; 10 : 10-8.
71. Thabet AA, Abed Y, Vostanis P. Effects of trauma on the mental health of palestinian children mothers in the Gaza Strip. *East Mediterr Health J* 2001 ; 7 : 413-21.
72. Mc Farlane AC. Post-traumatic Phenomena in a Longitudinal Study of Children Following a Natural Disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987 ; 26 : 764-9.
73. Green BL, Korol M, Grace MC, et al. Children and Disaster : Age, Gender, and Parental Effects on PTSD Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 : 945-51.
74. Vila G, Bertrand C. Exposition de l'enfant au facteur traumatique et réaction parentale : analyse des interactions et modélisation. *Revue Francophone du Stress et du Trauma* 2003 ; 3 : 83-91.
75. Cohen JA, Mannarino AP. Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse Negl* 2000 ; 24 : 983-94.
76. Oates RK, O'Toole BI, Lynch DL, Stern A, Cooney G. Stability and change in outcomes for sexually abused children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994 ; 33 : 945-53.
77. Pauhlan I, Bourgeois M. *Stress et coping. Nodules*. Paris : PUF, 1998.
78. Merrill LL, Thomsen CJ, Sinclair BB, Gold SR, Milner JS. Predicting the impact of child sexual abuse on women : the role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *J Consult Clin Psychol* 2001 ; 69 : 992-1006.

79. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., 1994, Washington DC. *Critères diagnostiques*. Traduction française par Guelfi JD, et al. Paris : Masson, 1996.
80. Freud A, Burlingham D. In : Lehrman PH, ed. *War and Children*. London : International University Press, 1944.
81. Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999 ; 56 (7) : 607-8.
82. Vila G. Les stratégies thérapeutiques des syndromes psychotraumatiques de l'enfant et de l'adolescent. In : *L'intervention médicopsychologique auprès des victimes de psychotraumatisme, ce qu'il faut savoir* (n° spécial). Annales Médico-Psychologiques, 2002 ; 160 : 538-540.
83. World Health Organization. CIM-10/ICD 10 Classification internationale des maladies 10^e révision. Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. OMS (Genève), traduction de l'anglais coordonnée par Pull CB. Masson, Paris, 1993.
84. Lebigot F. Stress et trauma. *Neurology News* 2003 ; n° spécial mars : 19-23.
85. Ruggiero KJ, McLeer SV, Dixon JF. Sexual abuse characteristics associated with survivor psychopathology. *Child Abuse Negl* 2000 ; 24 : 951-64.
86. Schwarz ED, Kowalski JM. Malignant Memories : PTSD in Children and Adults after a School Shooting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 : 936-44.
87. Rose S, Jonathan B, Simon W. Psychological debriefing for preventing post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2001 ; 3 : CD000560.