

Psychotraumatismes liés aux abus sexuels chez l'adolescent

P. Messerschmitt, M. Dupont

Les abus sexuels constituent un chapitre essentiel des troubles du comportement et des conduites sociales chez l'adolescent ; 15 à 30 % des filles et 5 à 15 % des garçons seraient victimes de violences sexuelles avant 18 ans. Elles vont d'apprentissages maladroits et naïfs à des relations sauvages et perverses, alimentées par la pornographie et le risque implicite des réseaux de communication ouverte. Leurs conséquences en termes de douleur morale sont sans parallélisme avec la gravité objective des faits, lesquels se conjuguent avec la personnalité, les événements de la vie personnelle, la structure familiale et sociale, la culture de chacun et les lois en vigueur. Tout professionnel de la santé et de l'éducation se doit de penser au psychotraumatisme lié à un abus sexuel devant tout adolescent en souffrance, tant la révélation est difficile, et le plus souvent trop tardive, voire à l'âge adulte. L'obligation de signaler à l'autorité compétente tout abus concernant un mineur de 15 ans contraint chaque professionnel responsable à jouer pleinement son propre rôle : d'abord traiter de l'urgence traumatique, douleur morale qui peut conduire au suicide, et tout à la fois assumer une grande neutralité et prudence de jugement, une restitution intégrale et fidèle des informations, et l'engagement de réseaux multidisciplinaires qui permettent seuls de traiter de ces problématiques spécifiques. Au-delà du psychotraumatisme « normal », étape adaptative de quelques jours à quelques semaines, les psychotraumatismes liés aux abus sexuels conduisent à des blessures affectives extrêmes, que les classifications internationales ont tendance à différencier des troubles anxieux et des troubles dépressifs pour leur accorder une spécificité à la fois structurelle et évolutive. Enfin, le médecin et le psychologue concernés comme experts peuvent avoir à rendre compte devant l'autorité judiciaire, jusqu'à un possible procès d'Assises.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Abus ; Sexe ; Trauma ; Adolescent ; Viol ; Pornographie

Plan

■ Introduction	1
■ Définitions légales	2
■ Prévalence	2
■ Typologie selon les caractéristiques épidémiologiques des faits	3
■ Typologie selon la victimologie	3
■ Typologie clinique	3
■ « Fausse allégation », « affabulation », « mythomanie »	4
■ Classifications du psychotraumatisme	4
■ Étapes cliniques	4
■ Conduite à tenir	5

■ Introduction

La dimension de traumatisme psychique semble prendre une importance particulière, quand la paix, l'hygiène pédiatrique, les protections médicales, sociales, éducatives, atténuent les offenses

physiques des jeunes. Des adolescents disent qu'un mot insultant, un geste de mépris, un regard défiant, sont plus traumatisants qu'une blessure. Pour eux, la trace psychique est plus durable qu'une cicatrice physique. Notons que l'officialisation d'une préoccupation diagnostique et thérapeutique de la douleur morale et de la douleur physique chez l'enfant est toute récente dans l'évolution de notre médecine, au milieu du ^{xx}e siècle. Quel que soit l'âge, l'urgence à atténuer la dépression et toute douleur physique est passée dans nos mœurs. Nos sociétés affichent donc une plus grande susceptibilité à la souffrance à mesure qu'elles se donnent tous moyens de la combattre.

L'adolescence est-elle un âge de la vie ? Si la majorité civile est en France de 18 ans, l'adolescence occupe un long temps social. L'évolution séculaire et le brassage des populations nous habituent à des pubertés précoces, dès 8 ans chez les filles, les limites de la normale allant de 10 ans à 15 ans. L'enfance s'attribue plus de libertés d'expression, d'accès aux informations, mais aussi d'interactions parfois « sauvages » comme les jeux scolaires dangereux, voire mortifères (*bullying*). Dès 8-9 ans, des actes « adolescents » peuvent être perpétrés au sein même de nos sociétés, tentatives de suicide, mises en danger, voire attitudes criminelles, seul ou en groupe. À l'inverse, la longue préparation à l'autonomie professionnelle, le chômage des jeunes, tels

erements entre dépendance familiale et libertés hasardeuses, font qu'au-delà de 20 ans, bien des jeunes se présentent à la vie dans une profonde fragilité. Insistons sur la vulnérabilité particulière de handicapés physiques et/ou mentaux.

Autant que théoriser un morcellement de la vie en tranches d'âge, rappelons une réelle unité de sensibilité et de comportement de l'espèce humaine quels que soient l'âge et la « maturité » de chacun. L'adolescence serait donc une période intermédiaire entre une enfance suffisamment dépendante de l'adulte pour que la famille l'assume, et une vie adulte suffisamment autonome et responsable pour une cohésion sociale, dans laquelle le désir de création de lien amoureux, de procréation, de « mariages » divers, joue un rôle essentiel. La sexualité, désinhibée et libérée de contraintes conventionnelles, devient un argument majeur de l'expression ouverte de soi et du désir d'interaction. Elle se distribue en une palette extraordinairement large allant, quel que soit l'âge réel des sujets, de fantasmes les plus romantiques à la pornographie la plus sauvage en passant par des réseaux de communication hyperactifs qui permettent d'illustrer le moindre détail de la physiologie humaine. Notons que les adultes consommateurs ne négligent rien eux non plus des jeunesses, stimulants de libido et d'érection, voire même provocation du risque mortel en omettant préservatifs et soucis d'hygiène et de traitements. Avant même le psychotraumatisme des abus sexuels, l'histoire rappelle tel lien entre le sexe et la mort.

Enfin, l'égalité prônée dans nos sociétés entre les genres masculin et féminin se confirme sur bien des plans. Le passage à l'acte social, sexuel, agressif, toxique, n'est plus l'apanage des garçons. Certes, les auteurs de faits sexuels sont à tout âge majoritairement masculins, mais les provocations, les prises de risque, la « responsabilité » dans la survenue des situations délictuelles, voire criminelles sont de plus en plus partagées. La victimologie doit donc se départir de deux archaïsmes : l'un serait de concevoir une violence exclusivement « masculine », l'autre est de concevoir la violence comme un tout ou rien. Une psychologie réaliste nous convie à élargir le vocabulaire de la souffrance et des violences humaines, pour mieux définir chaque cas particulier. Enfin, un tel sujet réserve le terme de violence à la dimension destructive d'un acte, d'une intention, une volonté et un contenu de détérioration, de dégradation, qu'une société avancée et exigeante de réparation considère comme une tentative de « déshumanisation ».

■ Définitions légales

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la violence sexuelle comme tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle, ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail. Elle précise concernant les mineurs qu'il s'agit de toute activité sexuelle que l'enfant n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société.

En France, la majorité sexuelle a été fixée par le législateur à 15 ans (article 227-25 du Code pénal). Cette majorité sexuelle définit l'âge à partir duquel un mineur peut valablement consentir à des relations sexuelles. Les violences sexuelles sont définies dans le Code pénal par les articles 222-22 à 222-33 par les atteintes sexuelles, les viols, les exhibitions, la corruption de mineur, la prostitution, l'exploitation de l'image du mineur à des fins pornographiques. Le terme générique d'agression sexuelle, englobant le viol et les autres atteintes sexuelles, se définit comme « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-22). Le viol est un crime défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui par violence, contrainte, menace ou surprise » (article 222-23). Les autres agressions sexuelles constituent un délit et sont définies comme « actes à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par vio-

lence, contrainte, menace ou surprise ». Il peut s'agir de caresses ou d'attouchements de nature sexuelle mais aussi d'exhibition sexuelle.

Chaque définition comporte des dispositions spécifiques aux mineurs en raison de leur jeune âge, de leur fragilité et de la nécessité de les protéger^[1]. Ainsi, les notions de violence, contrainte, menace ou surprise sont aménagées pour qualifier les faits. Entre autres, l'âge de la victime constitue une circonstance aggravante lorsqu'il est de moins de 15 ans, en lien avec la majorité sexuelle. Avant cet âge, le législateur considère le mineur comme « présumé immature » et incapable de donner son consentement à un acte sexuel quel qu'il soit. La notion de contrainte prévue par l'article 222-22-1 peut alors « résulter de la différence d'âge existant entre une victime mineure et l'auteur des faits et de l'autorité de droit ou de fait que celui-ci exerce sur cette victime ». Le critère légal de différenciation entre jeu sexuel et agression sexuelle dans le temps de l'enfance et de l'adolescence tient à l'écart d'âge entre l'auteur et la victime : un écart supérieur à cinq ans caractérise l'atteinte sexuelle du fait de l'autorité que confère un tel écart. Sera également prise en compte la capacité de discernement du mineur pour définir l'état de contrainte ou de surprise : « la possibilité de consentir à une relation sexuelle suppose la capacité de discernement conçue comme la capacité de comprendre la nature des actes accomplis. En l'absence de discernement, l'existence d'une contrainte, d'une menace ou d'une surprise, qui conduit à la qualification de viol ou d'agression sexuelle (selon qu'il y a ou non pénétration), se déduit de l'incapacité des mineurs, en raison de leur jeune âge, à comprendre la nature de ces actes. La loi ne fixe pas d'âge de discernement en matière de relations sexuelles : il appartient aux juridictions d'apprécier si le mineur était en état de consentir à la relation sexuelle en cause » (décision du Conseil constitutionnel n° 2014-448, question prioritaire de constitutionnalité [QPC] du 6 février 2015). Le discernement, en lien avec cette notion légale de contrainte spécifiant le cadre d'une agression, est une question fondamentale dans les affaires de violences sexuelles sur mineurs. Car du côté de l'auteur, la définition du viol requiert l'intention coupable, il doit avoir eu la conscience d'imposer à la victime des rapports sexuels non consentis par elle. La preuve de l'intention coupable est évidente lorsque l'auteur a fait usage de violence ou menacé sans ambiguïté la victime pour parvenir à ses fins. Elle sera plus difficile à établir lorsque l'auteur aura pu être trompé par le comportement et les attitudes de la victime.

Entre 15 et 18 ans, le législateur estime que le mineur peut consentir valablement à des actes sexuels. Seul le lien de filiation et le pouvoir d'autorité que l'agresseur peut avoir sur la victime constituent alors une circonstance aggravante.

En 2016, après de multiples tentatives et sous la pression d'associations de victimes, l'inceste a été défini et inscrit dans le Code pénal par l'article 222-31-1, clarifiant les liens familiaux, les ouvrant aux nouvelles formes de famille : « les viols et les agressions sexuelles sont qualifiés d'incestueux lorsqu'ils sont commis sur la personne d'un mineur par : 1° un ascendant ; 2° un frère, une sœur, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce ; le conjoint, le concubin d'une des personnes mentionnées aux 1° et 2° ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité avec l'une des personnes mentionnées aux mêmes 1° et 2°, s'il a sur le mineur une autorité de droit ou de fait ». Cette loi fait notamment apparaître la possibilité pour les juridictions de retirer totalement ou partiellement l'autorité parentale concernant la victime, mais également concernant sa fratrie.

■ Prévalence

Les différentes revues de littérature consacrées aux violences sexuelles rapportent que 15 à 30 % des filles et que 5 à 15 % des garçons sont victimes de violences sexuelles avant 18 ans. La dernière méta-analyse^[2] a inclus 55 études conduites dans 24 pays et fourni un échantillon de plus de 100 000 sujets de 0 à 18 ans. Elle fait état de 9 % de filles et de 3 % de garçons victimes de viol, de 13 % de filles et de 6 % de garçons victimes d'attouchement sexuel. De ces données, l'OMS retient que la prévalence de la maltraitance sexuelle en Europe est de 13,4 % pour

les filles et de 5,7 % pour les garçons. Néanmoins, l'OMS s'accorde à dire que ces violences sont sous-estimées du fait de multiples facteurs empêchant la révélation : relation intra- ou extrafamiliale avec l'agresseur, caractéristiques de la victime, influences communautaires, culpabilité, impuissance, honte, craintes de dévoiler, méconnaissance de la gravité des faits, conflits de loyauté, etc. [3, 4]. Les violences sexuelles connues ne seraient ainsi que la partie émergée de l'iceberg [5].

Les études concernant spécifiquement l'adolescence mêlent à la fois des âges très différents et font état de violences survenues également dans l'enfance, l'adolescence se révélant plus comme une continuité des âges de la vie que comme un âge distinct et extrait du développement normal. Une étude spécifique s'intéressant aux 15-17 ans fait état que les filles seraient plus exposées à des violences sexuelles en fin d'adolescence, à 17 ans [6].

■ Typologie selon les caractéristiques épidémiologiques des faits

Les violences sexuelles survenant à l'adolescence se rapprochent de celles commises à l'encontre des adultes. Les victimes sont majoritairement des filles, deux fois sur trois. Un tiers des victimes déclare avoir subi ces violences de manière répétée, principalement dans un contexte extrafamilial, par un homme connu, du même âge que la victime, souvent un ancien ou actuel petit ami, notamment dans le cadre de premières relations amoureuses ou un camarade [7, 8]. Les violences intrafamiliales sont plus rares, contrairement à des enfants plus jeunes. Des violences physiques sont souvent rapportées par les victimes de violences sexuelles à l'adolescence. Alcool, stupéfiants et utilisation de sites internet et réseaux sociaux constituent des facteurs de risque dans la survenue des violences, pouvant par ailleurs se produire dans un climat de harcèlement [9, 10]. Les facteurs personnels peuvent également constituer une vulnérabilité : handicap physique, psychique, antécédents familiaux, etc. Ce type de violence s'inscrit très fréquemment dans un contexte général d'autres violences, de carences et de négligences.

Les adolescents révèlent plus rapidement que les enfants [11], souvent à un ami du même âge qu'eux, très peu à des professionnels [12]. La Haute Autorité de santé (HAS) spécifie les signes d'alerte spécifiques ou modes d'expression pour les adolescents : tentatives de suicide, fugues, conduites à risque, conduites d'addictions précoces, tabagisme-alcoolisation et/ou toxicomanie, comportement alimentaire compulsif, actes de violence envers les autres, automutilations dont les scarifications, demande précoce de contraception, interruption volontaire de grossesse (IVG) isolée ou à répétition, changements fréquents de partenaires, actes de prostitution. Les révélations sont souvent empêchées par la peur de ne pas être cru ou la honte [3]. Une récente étude [13] souligne que la révélation ne suffit pas pour prédire une évolution positive des symptômes, celle-ci étant conditionnée par l'arrêt des abus et des interventions appropriées.

■ Typologie selon la victimologie

Mendelsohn, précurseur des évolutions criminologiques et victimologiques, s'intéresse au « couple pénal », criminel et victime, pour comprendre l'acte criminel, stipulant leurs « intérêts opposés » : l'infracteur a l'initiative du déclenchement du conflit, la victime le subit plus ou moins passivement. Il propose cinq types de victimes : la victime totalement innocente ou idéale, inconsciente ; la victime de moindre culpabilité, par ignorance ; la victime aussi coupable que l'infracteur, où elle peut être volontaire dans l'acte ; la victime plus coupable que l'infracteur, où elle va provoquer, inciter l'acte par ses attitudes et/ou son imprudence ; la victime le plus coupable ou uniquement coupable, définie par la légitime défense, ou encore la victime imaginaire. Par la suite, d'autres auteurs ont complété ces définitions [14, 15] ; certains ont relevé l'importance de la représentation que se fait

l'agresseur de la victime ou du moins de la « réalité psychique » de la victime que lui renvoie la situation, comme facteur facilitateur du passage à l'acte. Il convient de rappeler la grande prudence dans l'utilisation de ces notions, en fonction des responsabilités d'appréciation, « pour le juriste, le psychologue, le philosophe ou le victimologue, les notions de faute, de culpabilité, d'imputabilité, de responsabilité, notamment, peuvent avoir une acception différente » [16]. Il ne s'agit pas de désresponsabiliser l'auteur des faits mais bien de comprendre la victime dans sa globalité et sa complexité, « que le crime soit catalysé par la victime (dans le cas d'une victime précipitante) n'enlève en rien à la volonté consciente de l'auteur de l'infraction d'accomplir un acte illicite, en tout cas dans les infractions volontaires, massivement concernées. (...) Céder à d'éventuelles tentations criminelles reste de la responsabilité de l'infracteur » (ib.). Un traumatisme grave-ment sensible d'une victime ne constitue pas une preuve de la gravité des faits, et inversement une benignité de faits peut être compatible avec un auteur hautement prédateur.

■ Typologie clinique

La pratique clinique permet de distinguer quelques situations types d'événements sexuels problématiques. Mais nous devons insister sur l'absence de parallélisme entre la gravité objective des faits et la gravité du psychotraumatisme. En effet, on peut voir des faits mineurs, sans pénétration, sans violence avérée, sans menace, mais qui laissent une victime totalement envahie par son préjudice, sa revendication, sa blessure, sa perte de dignité, sa démission de l'existence. Alors que des victimes très gravement offensées peuvent réagir, assumer, relativiser, profiter aussi de leur entourage, de recours psychologique, de liens compensateurs, et réguler, intégrer, reconstituer leur substance. Notre pratique clinique et d'expert nous amène à catégoriser les abus sexuels en quatre groupes.



- Des situations d'apprentissage qui touchent la susceptibilité de l'un, découverte, maladroites, jeux sexuels. Cela peut concerner de très jeunes enfants entre eux, on joue au docteur, puis on fait petit couple notamment dans des fratries, dans des institutions comme les foyers, l'adolescence elle-même contient (l'âge adulte aussi) de réelles naïvetés conjuguées, exploration du domaine amoureux, de vraies maladroites qui n'ont rien de pervers. Une grande partie des plaintes concerne des jeunes qui se sont risqués à des expériences sexuelles comme apprentissage de la sexualité, mais qui à un moment donné (avant, pendant l'acte, voire longtemps après) leur apparaissent comme ayant dépassé les limites de leur tolérance, pudeur, amour propre, sensibilité douloureuse ou susceptibilité. L'adolescent confond souvent les notions de viol, d'agression sexuelle, et tout simplement une prise de conscience de ce qu'est une relation sexuelle « normale ». Ces jeunes à la fois naïfs et hyperinformés, savants et maladroits, se livrent à des « performances » qu'ils ne savent pas contrôler. La pornographie installe l'image de sexualités poussées magiquement partagées. La victime met en avant surprise, insatisfaction, manque de réciprocité, douleurs, déception, réputation qui lui est faite. L'auteur type va de la maladroite naïve de la première fois au groupe de petits pervers manipulateurs en passant par de réels liens amoureux précoces parasités par tel règlement de compte, jalousie par exemple.
- À l'inverse, des situations très violentes et traumatisantes que sont des tournantes, séquestrations, violences sexuelles avec violences corporelles et psychologiques, et viols ou agressions traumatisantes psychiquement parce que commises par un auteur, voire des auteurs profitant d'un ascendant sommaire... Ici, les faits eux-mêmes peuvent être complexes, mais avérés et graves, l'examen physique des victimes quand il est pratiqué dans les jours suivants montre plus souvent des lésions, des délabrements, des risques objectifs de grossesse et d'infections graves notamment par le virus de l'immunodéficience humaine. Un traitement systématique par trithérapie est prescrit et doit être suivi. Ce groupe est donc celui d'une authentique victimation. La plupart des victimes sont matures et sans faiblesse personnelle, et ont rencontré

une situation de risque exceptionnelle, mais certaines peuvent être dites « vulnérables », personnes déficientes, handicapées, ou de grande différence d'âge avec l'auteur. Les faits peuvent être uniques ou répétés. La plupart présentent des traumatismes psychiques, peurs, paralysie affective, dissociation, handicap majeur de la rescolarisation, de la resocialisation, rappels des faits, troubles majeurs du sommeil, dépressions, fugues, tentatives de suicide, psychiatrisation chronique, enfin graves difficultés à reconstruire une vie amoureuse, sexuelle. De longues prises en charge médicosychologiques sont nécessaires.

- Des situations particulières concernent des victimes réellement agressées, mais qui ont commis une prise de risque inconsidérée, voire une ambiguïté majeure à la provocation des choses. Ici se voient des allégations de viol dans des soirées très déviantes, alcoolisées, agrémentées de shit et autres toxiques (ou plus rarement sous soumission chimique, à savoir que l'auteur « drogue » sa victime avant d'abuser d'elle, généralement alcool et produit psychotrope). On vide une bouteille de vodka en quelques secondes et l'alcoolémie monte à 4 ou 5g, on se traîne les uns sur les autres, et on se découvre au petit matin... Parmi ces jeunes, beaucoup ont utilisé les réseaux « sociaux » pour tenter des rencontres hasardeuses avec des inconnus, d'autres se sont exposés en images sexuelles suggestives, provocatrices, dans une inconscience des conséquences. Il arrive que des jeunes très émancipés et consommateurs libres de situations très limites mentent délibérément en accusant telle personne alors qu'ils ont été eux-mêmes consentants dans des relations à haut risque. Dans ce groupe, auteurs et victimes sont plus aguerris aux vicissitudes des commerces humains, plus « expérimentés », plus matures, plus exercés aux situations limites, en termes de « force » relationnelle et d'acquis.
- Un quatrième groupe concerne des situations amoureuses à responsabilité partagée, histoires très « individuelles » dans lesquelles le « couple » auteur-victime prend un sens singulier, notamment de vrais « liens » amoureux, mais qui se sont dévoyés à un moment donné, par maladresse passionnelle. Là se voient des thèmes de jalousie, tromperie, des jeunes en compétition, ou des ados portant plainte après-coup pour se venger d'une déconvenue. Beaucoup de ces auteurs sont authentiquement ignorants du mal qu'on leur assigne. On peut voir aussi des situations d'amours interdites entre adulte et adolescent consentant, avec une réelle réciprocité des sentiments.

■ « Fausse allégation », « affabulation », « mythomanie »

Les enquêteurs considèrent une forte proportion d'allégations mensongères, renvoyant à l'expert la question de la fiabilité des dires. Il n'est plus demandé dans les missions au professionnel de se prononcer sur la notion de crédibilité. L'examen médicosychologique doit apporter des arguments d'évaluation sémiologique et diagnostique de la personnalité de la victime. Peuvent alors se discuter des éléments hystériques, psychotiques, maniaques, pervers notamment [17]. Des mensonges grossiers peuvent évidemment exister chez l'adolescent comme chez l'enfant ou l'adulte. Très souvent, ces affaires ne sont pas poursuivies par les autorités judiciaires mais nécessitent une prise en charge médicale et psychologique s'intéressant au processus global qui a mené l'adolescent à s'inventer une histoire de violences sexuelles. Il n'est pas rare de rencontrer des adolescents victimes de leur propre allégation, ensuite piégés par les conséquences de leurs paroles.

■ Classifications du psychotraumatisme

Deux classifications sont disponibles : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'American Psychiatric Association (APA) et la classification internationale des

maladies (CIM) publiée par l'OMS. La dernière version du DSM (2013) reconnaît à part entière le trouble stress post-traumatique, en le définissant par un chapitre distinct des troubles anxieux. Des évolutions notables sont également survenues, notamment l'ajout de l'agression sexuelle et la menace d'une telle agression dans la définition des événements potentiellement traumatiques. Concernant l'enfant, ce n'est qu'en 1987 que les spécificités liées à l'âge paraissent, dans la troisième version du DSM. Aujourd'hui, les âges sont spécifiés pour les 0-6 ans et pour les 6-18 ans. Quoi qu'il en soit, les critères diagnostiques restent adultomorphes et gommant les diversités développementales. Dans la CIM 10 n'existe aucun critère enfants ou adolescents. Certaines définitions soulignent la nécessité d'avoir fait la rencontre avec la mort pour pouvoir évoquer un psychotraumatisme.

Insistons sur l'existence d'un psychotraumatisme « normal » : il est normal de réagir à un événement anormal. Les facteurs aggravant l'évolution symptomatique sont notamment l'âge de la victime, le type de faits, la relation à l'agresseur, telle fragilité singulière, etc. Le fait traumatique ne résume pas le contenu douloureux mais se conjugue aux traces d'autres événements de vie. Même si ces classifications représentent un guide dans l'approche du trauma, la majorité des études souligne l'absence de syndrome spécifique et/ou de processus traumatique unique.

■ Étapes cliniques

Lors de l'abus sexuel et au décours immédiat : peur de la mort, horreur, peur de disparaître, peur d'une dégradation physique, peur de douleurs, génitales et/ou coups et blessures, peur d'une grossesse, ou plus simplement honte, sentiment de souillure. Moins fréquemment une sidération, paralysie corporelle et psychique. Dans le cas d'une dissociation traumatique, la victime ressent sa conscience comme détachée du corps des faits. La déréalisation est l'altération de la perception de soi et de sa propre réalité. L'effroi est une sensation de se vider de sa substance et de sa pensée.

L'état de stress aigu survient au décours immédiat des faits et dans les heures et jours suivants. Il s'agit de troubles anxieux majeurs, où dominent évitements phobiques, troubles majeurs du sommeil, réveils, insomnies et cauchemars traumatiques, rappels des faits, pensées intrusives, hypervigilance, état d'alerte et envahissement. Le sentiment d'effraction témoigne du traumatisme comme la sensation d'un corps étranger interne, invivable. L'adolescent est habité par les faits et peut osciller entre isolement anxieux et dépressif (culpabilité), et besoin fusionnel de protection parfois assez régressif.

Dans les semaines qui suivent peuvent exister troubles anxieux, symptômes dépressifs, troubles somatoformes, troubles dissociatifs, troubles des conduites sociales, conduites déviantes, addictives, fugues, tentatives de suicide [18], voire des conduites sexuelles à risque, allant jusqu'à la prostitution [8]. Les consultations gynécologiques sont d'ailleurs souvent le lieu d'expression des symptômes [19].

L'état de stress post-traumatique peut apparaître dans les semaines qui suivent les faits. Chez l'adolescent [20], très enclin au passage à l'acte, le syndrome de répétition est souvent provocateur, sacrificiel, déviant, et multiplie les prises de risque. Les reviviscences envahissent le champ social, scolaire, les moments de solitude et de repos, elles concordent avec l'émoussement de la réactivité générale, l'ennui, le détachement. Le sujet forge toute stratégie d'évitement, évitement des peurs et des situations en rapport avec les faits. L'amnésie psychogène est plus rare. L'hyperactivité neurovégétative recouvre les troubles majeurs du sommeil, l'état d'alerte, les réactions de sursaut, les troubles d'attention et de concentration, et des somatisations diverses à type de douleurs céphalalgiques, abdominales, génitales. Les garçons développeraient des conséquences plus importantes que les filles [21]. Ces troubles peuvent exposer à des nouveaux faits traumatiques [22], perdurer à l'âge adulte [23] et entraîner des difficultés globales [24], notamment dans les futurs rôles parentaux [25]. De plus en plus de recherches révèlent l'impact du psychotraumatisme sur le fonctionnement neurobiologique, notamment sur les structures hypothalamo-hypophysio-surrénales [26, 27].

L'adolescent victime d'abus sexuels est toujours en demande, et son accueil actif permet très vite d'en percevoir les termes. Les principales interrogations de la victime sont : « pourquoi moi », et « pourquoi il a fait ça ». La demande est d'abord celle de comprendre les faits, de comprendre les motivations de l'auteur. L'adolescent peut être demandeur ou participant à la plainte, au signalement fait par l'équipe scolaire ou tel professionnel médico-psychologique. Mais il peut être en désaccord ou marquer sa neutralité, voire son désintérêt. Beaucoup d'adolescents abusés affichent une capacité de compréhension, de pardon, de mansuétude vis-à-vis de l'auteur.

■ Conduite à tenir



Les premiers professionnels alertés sont le médecin généraliste [28] et le gynécologue. Ils vont devoir concilier une relation nouvelle à l'adolescent victime, une évaluation experte d'une situation médico-psycho-sociale, et des liens privilégiés avec le groupe familial.



Face à l'extrême diversité des situations, il est fondamental que chaque médecin se forge un réseau de professionnels compétents, psychiatres, gynécologues, psychologues et associations d'aide aux victimes qui vont permettre aussi l'étayage juridique. Des centres de consultations spécialisés, les services de pédopsychiatrie peuvent répondre à ces demandes particulières. Toutes les recherches montrent que le facteur prédictif principal d'un développement constructif à la suite de faits sexuels est le soutien familial et social, dont les professionnels de l'adolescence [29]. L'indication du type de thérapie dépend du sujet lui-même plus que de la notion du psychotraumatisme. Aujourd'hui, des actions psychologiques adaptées, même courtes, permettent un apaisement des symptômes [30]. Les thérapies comportementales et cognitives, les stratégies psychoéducatives, l'*eye movement desensitization and reprocessing* (EMD-R), ainsi que la pharmacothérapie ont aujourd'hui démontré leur efficacité. Les groupes thérapeutiques sont également privilégiés avec les adolescents [31]. La prévention se situe dans une approche globale, l'entourage des adolescents, par des actions à destination de la famille, de l'école, pour encourager les adultes dans leurs rôles [32] d'étayage et de mise en commun éducative explicite du domaine des sexualités.

“ Points essentiels

- La dimension abusive d'actes sexuels tient de deux données essentielles : l'objectivation de faits comme preuve devant la loi, une définition par la loi ; et l'interprétation personnelle légitime des adolescents dans la liberté de leurs relations.
- Penser à dépister un éventuel abus sexuel en posant la question à l'adolescent.
- Face à une révélation : ne pas mener l'enquête, appeler la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) pour tout conseil, signaler au procureur de la République par un écrit, envoyer une copie à la CRIP. Ne pas rester seul dans l'exploration de la problématique.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.



■ Références

- [1] Chagnollaud D. *Code junior : les droits et obligations de moins de 18 ans*. Paris: Dalloz; 2008.

- [2] Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T. The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health* 2013;**58**:469–83.
- [3] Crisma M, Bascelli E, Paci D, Romito P. Adolescents who experienced sexual abuse: fears, needs and impediments to disclosure. *Child Abuse Negl* 2004;**28**:1035–48.
- [4] Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child sexual abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl* 2007;**31**:111–23.
- [5] Etienne G. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2002.
- [6] Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The lifetime prevalence of child sexual abuse and sexual assault assessed in late adolescence. *J Adolesc Health* 2014;**55**:329–33.
- [7] Smith PH, White JW, Holland LJ. A longitudinal perspective on dating violence among adolescent and college-age women. *Am J Public Health* 2003;**93**:1104–9.
- [8] Young M, Deardorff J, Ozer E, Lahiff M. Sexual abuse in childhood and adolescence and the risk of early pregnancy among women ages 18–22. *J Adolesc Health* 2011;**49**:287–93.
- [9] Van Ouytsel J, Ponnet K, Walrave M, Temple JR. Adolescent cyber dating abuse victimization and its associations with substance use, and sexual behaviors. *Public Health* 2016;**135**:147–51.
- [10] Henry N, Powell A. Technology-facilitated sexual violence: a literature review of empirical research. *Trauma Violence Abuse* 2016 [Epub ahead of print].
- [11] Smith DW, Letourneau EJ, Saunders BE, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL. Delay in disclosure of childhood rape: results from a national survey. *Child Abuse Negl* 2000;**24**:273–87.
- [12] Priebe G, Svedin CG. Child sexual abuse is largely hidden from the adult society. *Child Abuse Negl* 2008;**32**:1095–108.
- [13] Swingle JM, Tursich M, Cleveland JM, Gold SN, Tolliver SF, Michaels L, et al. Childhood disclosure of sexual abuse: necessary but not necessarily sufficient. *Child Abuse Negl* 2016;**62**:10–8.
- [14] Fattah EA. *La victime est-elle coupable ?*. Les Presses de l'Université de Montréal; 1971.
- [15] Ellenberger H. Relations psychologiques entre le criminel et la victime. *Rev Int Criminol Police Tech* 1954;**8**:103–21.
- [16] Cario R. *Victimologie : de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration sociale*. Paris: L'Harmattan; 2006.
- [17] Nicolas JD, Consoli A, Périssé D, Cohen D, Mazet P. Manie et désinhibition sexuelle chez l'adolescente : intrusions médico-légales et thérapeutiques. *Neuropsychiatrie Enf Adolesc* 2005;**53**:142–8.
- [18] Stewart JG, Kim JC, Esposito EC, Gold J, Nock MK, Auerbach RP. Predicting suicide attempts in depressed adolescents: clarifying the role of disinhibition and childhood sexual abuse. *J Affect Disord* 2015;**187**:27–34.
- [19] Ashby BD, Kaul P. Post-traumatic stress disorder after sexual abuse in adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;**29**:531–6.
- [20] Maniglio R. Prevalence of sexual abuse among children with conduct disorder : a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2014;**17**:268–82.
- [21] Paul JP, Catania J, Pollack L, Stall R. Understanding childhood sexual abuse as a predictor of sexual risk-taking among men who have sex with men: The Urban Men's Health Study. *Child Abuse Negl* 2001;**25**:557–84.
- [22] Krahé B, Berger A. Gendered pathways from child sexual abuse to sexual aggression victimization and perpetration in adolescence and young adulthood. *Child Abuse Negl* 2017;**63**:261–72.
- [23] Hébert M, Tourigny M, Cyr M, McDuff P, Joly J. Prevalence of childhood sexual abuse and timing of disclosure in a representative sample of adults from Quebec. *Rev Can Psychiatr* 2009;**54**:631–6.
- [24] Rumstein-McKean O, Hunsley J. Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *Clin Psychol Rev* 2001;**21**:471–90.
- [25] Fergusson DM, McLeod GF, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl* 2013;**37**:664–74.
- [26] van den Bulk BG, Somerville LH, van Hoof MJ, van Lang ND, van der Wee NJ, Crone EA, et al. Amygdala habituation to emotional faces in adolescents with internalizing disorders, adolescents with childhood sexual abuse related PTSD and healthy adolescents. *Dev Cogn Neurosci* 2016;**21**:15–25.
- [27] Doorley J, Williams C, Mallard T, Esposito-Smythers C, McGeary J. Sexual trauma, the dopamine D₄ receptor, and suicidal ideation among hospitalized adolescents: a preliminary investigation. *Arch Suicide Res* 2017;**21**:279–92.

- [28] Kaplan DW, Feinstein RA, Fisher MM, Klein JD, Olmedo LF, Rome ES, et al. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics* 2001;**107**:1476–9.
- [29] Wright KA, Turanovic JJ, O'Neal EN, Morse SJ, Booth ET. The cycle of violence revisited: childhood victimization, resilience, and future violence. *J Interpers Violence* 2016 [Epub ahead of print].
- [30] Harvey ST, Taylor JE. A meta-analysis of the effects of psychotherapy with sexually abused children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2010;**30**:517–35.
- [31] Paquette G, Tourigny M, Joly J. Effects of a group therapy program led by social workers for sexually abused adolescent girls. *Can Soc Work J* 2011;**13**:10–27.
- [32] Pop MV, Rusu AS. The role of parents in shaping and improving the sexual health of children – lines of developing parental sexuality education programmes. *Procedia. Soci Behav Sci* 2015;**209**:395–401.

Pour en savoir plus

Rey-Salmon C, Adamsbaum C. *Maltraitance chez l'enfant*. Paris: Lavoisier; 2013.

Vila G, Porche LM, Mouren-Siméoni MC. *L'enfant victime d'agression : état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent*. Paris: Elsevier Masson; 1998.

www.cvm-mineurs.org.

www.allo119.gouv.fr.

www.conseil-national.medecin.fr/signaler-la-maltraitance-1258.

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1067136/fr/reperage-et-signalement-de-linceste-par-les-medecins-reconnaitre-les-maltraitances-sexuelles-intrafamiliales-chez-le-mineur.

P. Messerschmitt, Pédopsychiatre, expert près la cour d'appel de Paris.
M. Dupont, Psychologue, docteur en psychologie (melanie.dupont@aphp.fr).
Unité médicojudiciaire, Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Messerschmitt P, Dupont M. Psychotraumatismes liés aux abus sexuels chez l'adolescent. *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 2018;15(1):1-6 [Article 37-213-C-10].

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique