



HAL
open science

Phénomènes de victimisation chez les enfants et adolescents avec trouble du spectre de l'autisme

Andy Paul

► **To cite this version:**

Andy Paul. Phénomènes de victimisation chez les enfants et adolescents avec trouble du spectre de l'autisme. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01208258

HAL Id: dumas-01208258

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01208258v1>

Submitted on 2 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse n° 3089

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 septembre 2015

Par

Andy PAUL

Né le 28 novembre 1987 à Châteauroux

**Phénomènes de victimisation chez les enfants et adolescents avec
trouble du spectre de l'autisme**

Directeur de Thèse

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard

Jury

Monsieur le Professeur Bruno Aouizerate, Président

Madame le Professeur Hélène Verdoux, Juge

Madame le Professeur Marie Tournier, Juge

Madame le Docteur Anouck Amestoy, Juge

Monsieur le Docteur Thierry Della, Juge

Madame le Professeur Amaria Baghdadli, Rapporteur

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE,

Vous m'honorez de votre présidence au sein de ce jury. Voyez dans l'élaboration de ce travail, l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements pour votre disponibilité, votre enseignement, ainsi que votre bienveillance.

A Madame le Professeur Hélène VERDOUX,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect. Je vous remercie pour votre enseignement, votre disponibilité et vos précieux conseils.

A Madame le Professeur Marie TOURNIER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie bien respectueusement pour votre disponibilité et le partage de vos connaissances tant lors de vos enseignements que sur le terrain.

A Madame le Docteur Anouck AMESTOY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail qui n'aurait pu aboutir sans votre participation. Recevez mon respect et ma gratitude pour votre soutien, votre disponibilité et votre accessibilité.

A Monsieur le Docteur Thierry DELLA,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, ainsi que votre sympathie, votre rigueur sur le terrain, et surtout votre esprit sportif. Je vous témoigne mon profond respect.

A Madame le Professeur Amaria BAGHDADLI,

Vous me faites l'honneur de rapporter ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de mes sincères remerciements pour votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD,

Je vous adresse mes remerciements les plus chaleureux pour avoir accepté la direction de notre travail. Vous avez su me guider et me soutenir dans cette mission tout en respectant mes choix et mon orientation. Je vous remercie pour votre enseignement, votre confiance et votre disponibilité. Grâce à vous, je n'ai pas « bloqué ». Recevez l'expression de mon profond respect.

A Cécile, sans toi et tout le temps que tu m'as accordé (même à l'improviste), ce travail n'aurait jamais pu avoir lieu. Merci pour tes conseils, ton aide et ton soutien. Ta passion de la recherche force l'admiration et le respect.

A Sylvie, super secrétaire, efficace et polyvalente. Tu m'a permis de me rendre disponible auprès de mon directeur de thèse. Merci pour ta bonne humeur, ton soutien, ainsi que le temps que tu m'as accordé pour la préparation de mon enquête.

A Cédric GALERA et Clarisse LOCRET, je vous remercie pour vos conseils et votre spontanéité qui ont beaucoup apporté à ce travail.

A l'équipe du Centre Expert Asperger. Merci à toi **Claire**, pour tes précieuses connaissances et merci également à toi **Yoann**, pour ta disponibilité et ton efficacité.

A Stéphanie, Cathy et Jennifer, toujours disponibles pour des infos ou un problème. Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apportée.

A Monsieur Christian COFFIGNAL et Madame Sandrine MISERE. Je remercie chaleureusement le chef d'établissement et la secrétaire du groupe scolaire Léon XIII de Châteauroux. Votre participation à l'élaboration de mon enquête, ainsi qu'au recrutement des participants m'a été très précieuse. Je remercie également le corps professoral.

Aux familles qui ont participé à l'enquête, merci pour le temps qui vous m'avez accordé, votre coopération et votre enthousiasme.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON et Monsieur le Docteur Gérard LOPEZ, merci pour vos enseignements qui m'ont permis d'orienter et de réaliser ce travail.

A mes patrons et aux médecins qui m'ont accompagné tout au long de l'internat, Madame le Docteur Christine ANCEAU, Madame le Docteur Astrid CLARET, Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN, Monsieur le Docteur Arnaud DE JESUS, Monsieur le Docteur Gilles TOURINEL, Madame le Docteur Tiphaine DROULOUT, Madame le Docteur Marie BRISEBARRE, Monsieur le Docteur Jean-Philippe RENERIC, Madame le Docteur Anne GAÏFFAS, Madame le Docteur Aurélie VOUZELAUD, Madame le Docteur Delphine MORIZET, Madame le Docteur Cécile LAFITTE,

Merci pour vos apprentissages et vos accompagnements dans les moments difficiles.

A Erwan LE PAPE pour ton humour et à **Marc AMBROSINO** pour ton (in)appétence à la bière.

Aux équipes soignantes et secrétaires de mes terrains de stage, merci à toutes celles et ceux qui m'ont accordé leur soutien, leur sympathie et surtout leur patience.

A mes parents, merci infiniment pour le soutien sans faille et le conseil que vous m'apportez dans l'ensemble de mes entreprises — et surtout pour la relecture de ce travail.

A Simon et Léa, en tant qu'ainé de la fratrie, je vous souhaite de réussir tout ce que vous entreprendrez dans votre vie. Ne changez pas, vous êtes géniaux.

A mes grands-parents, à Nicole et Paulo, merci de m'accompagner depuis toutes ces années.

A Haroun, grand frère de coeur depuis presque vingt ans, je vous souhaite encore de longues heures de vol. Ton amitié est précieuse. Merci pour ton humour et tes conseils pertinents.

A Timothée (et aussi Delphine), fidèle compagnon dans les études, merci pour ton intarissable bonne humeur.

A Nicolas M. (cher confrère), **Nicolas et Marie (et leur père, le Docteur DIGUET)**, les « potes de la danse », à **Alexia**, ma danseuse sportive, **et tous ceux du BDIC**, vous m'avez fait grandir dans cette passion. Merci pour votre amitié.

A mes amis du lycée, Marie, Barbara, Chloé, Aude, Aurore, Bruce et Boris, je vous souhaite bon vent à tous.

Aux carabins de Limoges, Ludivine, Carole, Florian, Jérémy et Pierre-Antoine, merci pour ces années à vos côtés.

A mes colocataires, Baba (alias La Chose ou Le Babey), et **Laura** (fidèle binôme cinéphile et gastronome), merci de m'avoir supporté pour le meilleur et pour le pire.

A mes co-internes et autres compagnons de route de l'internat, Mina, Eva et Maxime, Clémence et Romain, Lucie, Léa et Léon (Capitaine), **Van'O, Paul** (« M'voyez ! ») **et Julie, Audrey, Elsa, Dimitri, Alban, Adrien, J-B**, mais aussi **Elorri** (alias La Femme Invisible) **et Max** (alias La Torche Humaine), **Antoine, Barbara, Anne-So** et tout ceux qui ne sont pas cités.

A tous ceux que j'oublie, ils reconnaîtront là mon étourderie légendaire.

LISTE DES ABREVIATIONS

ADI-R : *Autism Diagnostic Interview-Revised*
ADOS-G : *Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic*
AED : Aide éducative à domicile
AEMO : Aide éducative en milieu ouvert
APA : *American Psychiatric Association*
ASE : Aide sociale à l'enfance
AVS : Auxiliaire de vie scolaire
CDC : *Center for Disease Control and Prevention*
CIVI : Commission d'indemnisation des victimes d'infraction
CNV : *Copy Number Variations*
CUMP : Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DI : Déficience intellectuelle
DSM : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*
EMDR : *Eye-movement desensitization and reprocessing*
ESPT : Etat de stress post-traumatique
HAS : Haute Autorité de Santé
INAVEM : Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation
JVQ : *Juvenile Victimization Questionnaire*
JVQ-SSV : *Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version*
NatSCEV : *National Survey of Children's Exposure to Violence*
NCVS : *National Crime Victimization Survey*
ODAS : Observatoire décentralisé de l'action sociale
ONRDP : Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales
ONU : Organisation des Nations Unies
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
QI : Quotient intellectuel
SRS : *Social Responsiveness Scale*
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
TDA/H : Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité
TED : Trouble envahissant du développement
TED-nos : Trouble envahissant du développement non spécifié
TOP : Trouble Opposition Provocation
TSA : Trouble du spectre de l'autisme
WHO : *World Health Organization*
WISC : *Wechsler Intelligence Scale for Children*

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques du groupe TSA.

Tableau 3. Sous-scores et scores totaux de victimisation sur la vie entière et l'année précédente.

Tableau 4. Pourcentages des sujets TSA victimisés en fonction du lieu principal des victimisations rapportées.

Tableau 5. Pourcentages comparés entre les groupes TSA et témoin pour chaque type d'événement victimisant sur la vie entière.

Tableau 6. Pourcentages comparés entre les deux groupes TSA et témoin pour chaque symptôme de retentissement des victimisations.

Tableau 7. Variables associées aux scores de victimisation (vie entière et année précédente).

Tableau 8. Moyennes des scores de victimisation comparées en fonction du type de scolarité, de la présence ou non d'un AVS et de la présence ou non d'un TDA/H comorbide dans le groupe TSA.

Figure 1. La boucle sensori-gnosi-motrice des troubles des interactions sociales dans les TSA (Bonnet-Brilhault, 2013).

Figure 2. Typologie de la victimisation chez l'enfant et l'adolescent. (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994).

Figure 3. Spectre de dépendance pour les types de victimisation chez l'enfant et l'adolescent. (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994).

Figure 4. Scores totaux de victimisation sur la vie entière et l'année précédente.

Figure 5. Sous-scores de victimisation chez les sujets TSA et témoins.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	12
---------------------	-----------

PARTIE THEORIQUE : GENERALITES ET REVUE DE LA LITTERATURE

I. DONNEES ACTUELLES SUR LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

1. Généralités	15
-----------------------	-----------

- 1.1. Symptomatologie clinique : la triade autistique
- 1.2. Apparition et évolution des troubles
- 1.3. Définition et évolution du diagnostic à travers le DSM
- 1.4. Epidémiologie
- 1.5. Facteurs étiologiques
- 1.6. Diagnostics différentiels
- 1.7. Comorbidités
- 1.8. Evaluation des TSA

2. Focus sur le handicap social et le déficit en théorie de l'esprit	23
---	-----------

- 2.1. Les interactions sociales dans les TSA
- 2.2. La théorie de l'esprit : De l'altération des interactions sociales à la victimisation

II. DONNEES ACTUELLES EN VICTIMOLOGIE DE L'ENFANT	
1. Définitions et historique de la victimologie	32
2. Spécificités de la victimologie de l'enfant	33
3. Aspects de la victimisation chez l'enfant et statistiques	37
4. Concept de poly-victimisation	41
5. Facteurs de risque victimaires	42
6. Conséquences des victimisations de l'enfant : psychotraumatismes et état de stress post-traumatique (ESPT)	43
6.1. Psychotraumatismes de type 1	
6.2. Psychotraumatismes de type 2	
6.3. Epidémiologie de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant	
6.4. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant	
7. Aspects médico-légaux	50
III. REVUE DE LA LITTERATURE SUR L'ASSOCIATION ENTRE VICTIMISATION ET TSA CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT	
1. Victimisation et maladie mentale	53
1.1. Chez l'adulte	
1.2. Chez l'enfant	
2. Victimisation et TSA chez l'enfant et l'adolescent	57
2.1. <i>Bullying</i> et TSA	
2.2. Maltraitance et TSA	
3. Conséquences de la victimisation chez les enfants et adolescents avec TSA	62
4. Discussion	64
IV. LA VICTIMISATION VUE ET VECUE PAR LES AUTEURS AVEC TSA	67

PARTIE EXPERIMENTALE : ETUDE DES PHENOMENES DE VICTIMISATION DANS UNE POPULATION D'ENFANTS ET ADOLESCENTS AVEC TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

I. CONTEXTE THEORIQUE	72
II. OBJECTIFS	74
III. METHODE	74
1. Population	
2. Instruments utilisés	
3. Procédure expérimentale	
4. Aspects éthiques	
5. Analyse statistique	
IV. RESULTATS	79
1. Population	
2. Victimisation	
2.1. Scores totaux de victimisation	
2.2. Sous-scores de victimisation	
2.3. Poly-victimisation	
2.4. Evénements victimisants et lieu principal des victimisations	
3. Conséquences cliniques et médico-légales des victimisations	
4. Variables associées à la victimisation	
4.1. Victimisation sur la vie entière	
4.2. Victimisation sur l'année précédente	
5. Analyses complémentaires au sein du groupe TSA	

V. DISCUSSION	90
CONCLUSION	97
ANNEXES	
ANNEXE 1 : Revue de la littérature : victimisation et TSA chez l'enfant et l'adolescent	99
ANNEXE 2 : <i>Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version</i> (Version parent)	104
ANNEXE 3 : Questionnaire d'évaluation du retentissement clinique et des conséquences médicolégales des victimisations	109
ANNEXE 4 : <i>Post-traumatic stress disorder CheckList - Scale</i> (Version enfant)	111
ANNEXE 5 : Echelle de réciprocité sociale (Version enfant)	112
REFERENCES	116

INTRODUCTION

« *Je monte dans le bus. (...) Un petit groupe m'a clairement identifié comme étant "le mec un peu bizarre", (...) ils m'empoignent par la nuque, me forçant ainsi à baisser la tête sous leurs crachats. De l'autre main, ils me frottent vigoureusement le crâne. Ça s'appelle "un shampoing". Ils le font chacun à leur tour. Je suis devenu leur jouet favori. (...) Ces trajets infernaux dureront plusieurs mois. Aller et retour.* » (Horiot, 2013).

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont des troubles neuro-développementaux débutant dans la petite enfance, définis par des déficits persistants de la communication sociale et des interactions sociales, ainsi qu'un caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités (APA, 2013). Les enfants et adolescents qui en sont porteurs présentent des particularités et un handicap social sévère susceptibles de les rendre vulnérables au sein de notre société actuelle, volontiers hostile à la différence. Dans cette citation de son autobiographie, *L'empereur, c'est moi*, Hugo Horiot, diagnostiqué syndrome d'Asperger, raconte comment, à l'âge de 11 ans et du fait de son trouble, il a fait l'expérience de la victimisation par ses pairs.

La victimisation est une problématique récurrente lors des consultations d'enfants et adolescents avec TSA, aisément identifiée par les professionnels de santé. Paradoxalement, ces phénomènes sont fréquemment banalisés et peu explorés par ces mêmes professionnels. Leur réalité est pourtant bien révélée par un certain nombre d'auteurs avec TSA. Même si l'évolution culturelle en France aspire aujourd'hui à davantage prendre en compte ces phénomènes, ceux-ci n'en restent pas moins l'objet d'un profond déni.

Cette victimisation chez les jeunes avec TSA, quel qu'en soit la forme, est à même d'aggraver le handicap dont ils sont porteurs avec de sévères conséquences : dégradation d'interactions sociales déjà précaires, exacerbation de troubles du comportement entretenant l'exclusion et la stigmatisation de ces enfants et adolescents. Alors que l'Etat français a dernièrement pris des mesures tendant à intégrer les personnes avec autisme au sein de la société (Troisième plan autisme, Carlotti, 2013 ; loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées), les phénomènes de victimisation demeurent clairement un frein à cette intégration, et notamment à l'inclusion des jeunes avec TSA en milieu scolaire ordinaire.

L'intérêt pour la victimologie infantile s'est récemment développé dans les pays anglo-saxons. Les spécificités de la victimisation et de ses conséquences chez le jeune sont de mieux en

mieux connues depuis ces vingt dernières années. Mais les phénomènes de victimisation chez les enfants et adolescents avec TSA restent dans l'ensemble peu étudiés dans la littérature, notamment en France. Ils sont, à l'opposé, volontiers masqués par la curiosité des médias et du monde médico-légal pour les comportements criminels impliquant des individus avec autisme.

Dans ce travail, une **première partie** comprendra un point sur l'état des connaissances de l'association entre TSA et victimisation chez l'enfant et l'adolescent. Le premier chapitre sera consacré à des généralités et aux particularités des interactions sociales dans les TSA. Le deuxième chapitre comprendra une revue des connaissances sur la victimologie infantile et les psychotraumatismes de l'enfant. Le troisième chapitre se focalisera sur l'association entre TSA et victimisation chez l'enfant et l'adolescent dans la littérature.

Dans une **seconde partie**, un protocole de recherche sur les phénomènes de victimisation dans les TSA sera exposé. Cette étude comparative a été réalisée sur un échantillon de 92 enfants et adolescents dont les parents ont été interrogés sur la survenue d'événements victimisants dans la vie de leur enfant. Au vu des résultats, les implications cliniques liées à l'étude de ces phénomènes seront discutées.

PARTIE THEORIQUE

I. DONNEES ACTUELLES SUR LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

1. Généralités

Le terme « autisme » est issu du grec *autos* signifiant « soi-même ». Il s'agit d'un trouble complexe du développement affectant la fonction cérébrale, rendant impossible l'établissement d'un lien social avec le monde environnant (Larousse, 2015).

En 1911, Bleuler désignait par « autisme » les symptômes négatifs de la schizophrénie. En 1943, le pédopsychiatre Leo Kanner réutilisait ce terme pour désigner un trouble infantile caractérisé par une incapacité de l'enfant à établir des relations apparaissant dès la naissance, une recherche d'immuabilité (*sameness*) ainsi que des troubles du langage.

Pour l'établissement de cet état des connaissances sur la clinique des troubles du spectre de l'autisme (TSA), cette section fait référence aux revues de la littérature réalisées par la *Canadian Medical Association* (Anagnostou et coll., 2014), l'*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (Volkmar, Klin et Pauls, 1998), ainsi que le département de neurosciences de l'Université de Montréal (Fakhoury, 2015).

Nous nous appuyons également sur le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'*American Psychiatric Association* (APA, 2013) et les données du *Center for Disease Control and Prevention* (CDC, 2009).

Deux domaines d'intérêt concernant les TSA seront particulièrement détaillés dans cette partie : les interactions sociales et la théorie de l'esprit.

1.1. Symptomatologie clinique : la triade autistique

La triade autistique correspond à la description clinique des troubles envahissants du développement (TED), entité clinique décrite dans la CIM-10 (WHO, 2007) et le DSM-IV-TR (APA, 2000). Il s'agit d'un trouble neuro-développemental se caractérisant par trois critères principaux : déficit dans le domaine des interactions sociales, déficit dans le domaine de la communication verbale et non verbale, présence de comportements répétitifs et restreints.

- a. Les troubles des interactions sociales correspondent à l'incapacité de développer des relations interpersonnelles. Les sujets avec TED ne réagissent pas aux stimulations sociales. Ils établissent rarement le contact avec autrui et préfèrent l'éviter. Le regard est fuyant, vide. L'enfant ne joue pas avec ses pairs, reste en retrait. Il attire rarement l'attention des autres. On constate également peu de comportements d'imitation chez ces sujets ainsi qu'un trouble de l'attention conjointe.
- b. Les troubles de la communication correspondent au plan verbal à des particularités de langage. Dans la grande majorité des cas de TED, lorsque le langage est acquis, il l'est avec retard. Ce langage est caractérisé par des anomalies sur les deux versants : expressif et réceptif. Par exemple, on retrouve fréquemment des écholalies, des troubles de la prosodie, avec une visée communicative non permanente. La pragmatique du langage est perturbée, le discours manque de réciprocité du fait de changements de sujet de conversation rapides ne tenant pas compte de la pensée de l'interlocuteur. Le langage est stéréotypé, idiosyncratique et sert le plus souvent de support à des centres d'intérêt restreints. Les sujets avec TED ne comprennent pas les métaphores ni le langage abstrait. Au plan non verbal, les mimiques et gestes sociaux sont inexistantes. L'enfant n'est pas capable de pointer ce qu'il demande. Il peut utiliser une partie du corps d'autrui comme un objet.
- c. Les comportements répétitifs ou restreints se remarquent par leur caractère bizarre ou stéréotypé. Les intérêts de l'enfant sont limités, l'activité est répétitive. Le jeu est rare et atypique, qu'il soit fonctionnel ou symbolique. L'enfant utilise souvent les objets de façon détournée et s'attache parfois à des objets inhabituels. On peut observer chez les sujets des stéréotypies de même que des auto-stimulations sensorielles (balancements, tournoiements). Il existe enfin un intérêt particulier pour les détails et les parties d'objets ainsi qu'un maniérisme des mains et des doigts.

En dehors de cette triade autistique, des îlots de compétences sont parfois retrouvés : hyperlexie, hypercalculie, mémoire exceptionnelle, oreille musicale, qualité graphique particulière. Ces sur-compétences, souvent peu fonctionnelles et provisoires, sont plus fréquemment présentes que dans les autres troubles du développement.

Depuis l'apparition du DSM-5, on parle de dyade autistique afin de décrire les TSA qui ont remplacé les TED dans les classifications. Les troubles des interactions sociales et les troubles de la communication sont désormais regroupés en un seul et même critère (APA, 2013).

1.2. Apparition et évolution des troubles

Les symptômes des TSA apparaissent couramment entre 12 et 24 mois. Cependant, ils s'observent parfois après l'âge de deux ans s'ils sont moins bruyants. A l'inverse, ces symptômes peuvent également débiter dès la première année de vie dans le cas d'un retard de développement sévère. C'est ainsi que l'on peut voir apparaître au cours des 12 premiers mois de vie un manque d'intérêt pour les interactions sociales, voire une altération du contact visuel chez l'enfant avec TSA.

On retrouve différents modes d'apparition des symptômes dans les TSA. Certains sujets connaissent une phase de régression, classiquement observée entre 12 et 24 mois. Chez d'autres enfants, on constate une stagnation des comportements sociaux et du langage : on parle alors de phase de plateau (Ozonoff et coll., 2011).

Lors de l'apparition des troubles, c'est en général le retard de langage qui, en premier, alerte l'entourage et les professionnels. D'autres symptômes peuvent également accompagner ce retard de langage : manque d'intérêt pour les interactions sociales ou interactions sociales atypiques (prendre la main de quelqu'un sans le regarder), comportements atypiques de jeu (détourner un jouet), communication inhabituelle (connaître l'alphabet par coeur sans pouvoir répondre à son propre nom). Le diagnostic différentiel avec une surdité est alors généralement réalisé.

Au cours de la seconde année de vie, on peut voir apparaître des comportements répétitifs ou atypiques ainsi que l'absence de jeu de faire-semblant. Il est alors nécessaire de faire la distinction — parfois difficile avant l'âge de cinq ans — entre comportements ritualisés liés à la phase de plaisir à la répétition chez le jeune enfant de développement typique, et comportements restreints stéréotypés de l'enfant avec TSA.

A l'âge adulte, les sujets avec TSA ont généralement développé des stratégies de compensation, notamment ceux qui ne souffrent pas de déficience intellectuelle. C'est ainsi que l'on peut observer dès l'enfance une amélioration des compétences. Toutefois, pour une minorité d'individus, les troubles peuvent s'aggraver au cours de l'adolescence. Les adultes avec TSA ont plus de difficultés d'accès à l'autonomie. Ils présentent un risque accru d'anxiété et de dépression par rapport à la population générale et restent souvent plus naïfs et vulnérables socialement, avec des difficultés à s'organiser pour effectuer des tâches pratiques (APA, 2013).

1.3. Définition et évolution du diagnostic à travers le DSM

La définition de l'autisme a évolué depuis la création en 1952 du premier manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'*American Psychiatric Association*. Les symptômes autistiques faisaient alors partie de la description clinique de la schizophrénie infantile.

Dans le DSM-II de 1968, un des critères diagnostiques de la schizophrénie infantile se rapprochait de l'autisme, avec la notion de comportements « autistiques, atypiques, avec un retrait ».

En 1980, l'« autisme infantile » devient une entité clinique à part entière dans le DSM-III, sous-tendue par six critères exigés pour faire le diagnostic (APA, 1980).

La version révisée de 1987, le DSM-III-R, permettait une définition plus souple de l'autisme en apportant la possibilité de ne remplir que certains critères pour porter le diagnostic (APA, 1987). Cet élargissement du concept a entraîné une première augmentation du nombre de sujets diagnostiqués grâce à des critères beaucoup plus concrets et observables.

En 1994 apparaît la notion de « Trouble envahissant du développement » (TED). Des sous-catégories dans l'autisme sont créées avec l'arrivée du DSM-IV : l'autisme, le syndrome d'Asperger et les TED non spécifiés (TED-nos). Cette nouvelle définition est caractérisée par l'apparition de 16 critères dont six ou plus, sont nécessaires au diagnostic de TED. Parmi ces six critères, deux doivent concerner une altération qualitative des interactions sociales, un doit être en lien avec une altération qualitative de la communication et un autre doit être en relation avec un comportement restreint et répétitif (APA, 1994). Les troubles doivent être présents avant l'âge de trois ans. Des sujets moins prototypiques sont alors inclus dans le diagnostic, en particulier ceux sans déficience intellectuelle mais avec une perturbation du fonctionnement social.

Dans la version révisée du DSM-IV, le DSM-IV-TR, l'autisme typique constitue la forme la plus sévère des TED, eux-même classés dans les troubles diagnostiqués dans la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence (APA, 2000).

Aujourd'hui, avec la dernière version du DSM, le DSM-5, les sous-catégories de TED ont disparu. On ne parle plus que d'un seul trouble dont l'expression clinique varie selon un même continuum : il s'agit des troubles du spectre de l'autisme (TSA).

La définition du TSA est la suivante (APA, 2013) :

A. Déficits persistants de la communication et des interactions sociales dans différents contextes, se manifestant par les trois symptômes suivants (actuels ou dans le passé) :

1. Manque de réciprocité sociale et émotionnelle, allant de l'approche sociale anormale et du défaut d'alternance dans la prise de parole, jusqu'à l'absence d'initiation et de réponse sociale, en passant par la réduction du partage d'intérêts, d'émotions et d'affects.

2. Défaut d'utilisation des comportements communicatifs non verbaux utilisés pour l'interaction sociale, allant d'une intégration pauvre de la communication verbale et non verbale, jusqu'à une absence totale d'expressions faciales et de gestes, en passant par des anomalies de contact visuel et de langage corporel ou un défaut de compréhension et d'utilisation des gestes.

3. Défaut de développement, de maintien et de compréhension des relations sociales, allant de difficultés à ajuster son comportement pour s'adapter à différents contextes sociaux, jusqu'à une absence d'intérêt pour les gens, en passant par des difficultés à partager des jeux imaginatifs ou à se faire des amis.

B. Caractère restreint, répétitif, et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités, comme en témoignent au moins deux des éléments suivants (actuels ou dans le passé) :

1. Caractère stéréotypé ou répétitif des mouvements moteurs, de l'utilisation des objets ou du langage (comme des stéréotypies motrices simples, des alignements de jouets, des balancements d'objets, une écholalie, des phrases idiosyncratiques).

2. Résistance au changement, adhésion excessive à des routines ou caractère ritualisé des comportements verbaux ou non-verbaux (comme une détresse extrême lors de petits changements, une difficulté avec les transitions, des modèles de pensée rigides, des rituels de salutation, une insistance à prendre le même chemin ou à consommer la même nourriture tous les jours).

3. Intérêts très restreints, fixes, avec un caractère anormal dans leur intensité ou leur contenu (comme un attachement fort ou des préoccupations pour des objets inhabituels, des intérêts excessivement circonscrits ou persévérants).

4. Hyper- ou hypo-réactivité à des stimuli sensoriels ou intérêt inhabituel pour des caractéristiques sensorielles de l'environnement (comme une indifférence apparente à la douleur, au froid ou à la chaleur, une réponse négative à des sons ou des textures spécifiques, un « flairage » ou un toucher excessif des objets, une fascination visuelle pour les lumières ou les mouvements).

C. Les symptômes doivent être présents dans la petite enfance (mais peuvent ne devenir manifestes que lorsque les exigences sociales dépassent les capacités limitées ; ou bien, par la suite, peuvent être masqués par des stratégies apprises).

D. Les symptômes limitent le fonctionnement socio-professionnel ou quotidien.

E. Ces symptômes ne s'expliquent pas davantage par une déficience intellectuelle (DI, trouble du développement intellectuel) ou un retard global de développement. La DI et le TSA sont fréquemment associés et le diagnostic de comorbidité implique que le niveau de communication sociale soit inférieur à celui attendu par rapport au niveau de développement global du sujet.

Spécifier si : avec ou sans DI ; avec ou sans trouble du langage ; associé à une pathologie médicale ou génétique ou à des facteurs environnementaux ; associé à un autre trouble neuro-développemental, mental ou comportemental ; avec catatonie.

Le DSM-5 (APA, 2013) introduit également une échelle de sévérité pour décrire l'intensité du trouble. Ainsi, la sévérité du TSA sera cotée de un à trois, en fonction de l'impact des symptômes sur le fonctionnement de la personne : on qualifiera de « niveau 3 » un TSA qui nécessite des aides conséquentes et de « niveau 1 » un TSA nécessitant peu d'aides.

1.4. Epidémiologie

La prévalence du TSA est de 90 à 120 pour 10 000 individus (Fombonne, 2012) et de 20 pour 10 000 enfants (Fakhoury, 2015). Il s'agit donc d'un trouble fréquent en forte augmentation depuis les années soixante-dix (Fombonne, 1999). Il est possible que cette augmentation de la prévalence soit due à une meilleure connaissance du trouble, un élargissement des critères diagnostiques ainsi qu'à une meilleure sensibilisation et le développement de services spécialisés. Cependant, on ne peut exclure une augmentation véritable du nombre de cas de TSA.

Le sex-ratio est de quatre garçons pour une fille (Fombonne, 2006 ; CDC, 2009). Il semble que les filles soient plus protégées du risque de TSA bien que les raisons n'en soient que peu expliquées dans la littérature. Chez les filles, les déficits d'interaction sociale et de communication seraient cependant moins bruyants. En outre, du fait d'une fréquence plus grande de déficience intellectuelle (DI) comorbide dans cette population clinique, les TSA sans DI chez les filles seraient moins facilement repérés.

Les TSA ont un impact social majeur. En effet, seuls 20% des enfants avec TSA sont scolarisés en milieu ordinaire (Pinborough-Zimmerman et coll., 2012 ; Prado, 2013) et la majeure partie des sujets sont sans emploi à l'âge adulte (Hofvander et coll., 2009).

1.5. Facteurs étiologiques

L'origine des TSA est multifactorielle. Des facteurs génétiques, épigénétiques et non génétiques sont combinés selon différentes trajectoires (Anagnostou et coll., 2014).

Au niveau environnemental, beaucoup de facteurs non spécifiques sont susceptibles d'accroître le risque de survenue d'un TSA : âge parental élevé (McGrath et coll., 2014), prématurité surtout en cas d'hémorragie cérébrale ou de détresse respiratoire associée (Kuzniewicz et coll., 2014), faible poids de naissance (Lampi et coll., 2012), exposition fœtale à l'acide valproïque et au thalidomide, exposition à des agents neurotoxiques comme les pesticides, infections comme la rubéole congénitale (Newschaffer et coll., 2012).

Les facteurs génétiques ont une part importante dans l'origine des TSA et l'héritabilité de ce trouble est estimée entre 37 et 90% d'après les études de jumeaux (Hallmayer et coll., 2011 ; Bailey et coll., 1995). La récurrence du trouble au sein des famille est de 19% à 27% (Zwaigenbaum et coll., 2012). Une cause génétique est retrouvée dans environ 20% des cas de TSA (Jiang et coll., 2013) : 10% de CNVs (*Copy Number Variations*) ou autres altérations de séquences génomiques plus petites (Pinto et coll., 2010) ; 10 % d'anomalies génétiques connues : syndrome de l'X fragile (1%), sclérose tubéreuse (1%), syndrome de Rett (5%) (Carter et Scherer, 2013).

1.6. Diagnostics différentiels

Les principaux diagnostics différentiels sont le syndrome de Rett, le mutisme sélectif, les troubles de développement du langage, les troubles de la communication sociale (pragmatique), la déficience intellectuelle sans TSA, les troubles des mouvements stéréotypés, le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité et la schizophrénie (APA, 2013).

1.7. Comorbidités

Les comorbidités dans le TSA chez l'enfant sont fréquentes avec une prévalence de 72% selon les études (Leyfer et coll., 2006). Cette prévalence peut aller jusqu'à 78,7% si une déficience intellectuelle (DI) est associée (Mannion et Leader, 2013).

La DI est la principale comorbidité des TSA (entre 30 et 60% selon les études ; Berg et Plioplys, 2012).

Les comorbidités psychiatriques sont également fréquentes : au moins une chez environ 70% des sujets avec TSA et une à deux chez 40% d'entre eux. Les principales comorbidités

psychiatriques des TSA sont le Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (28%), le Trouble de l'Acquisition de la Coordination et autres troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie, dyscalculie, etc.), les troubles du sommeil, les troubles anxieux, les troubles dépressifs, le Trouble Opposition et Provocation (Simonoff et coll., 2008).

Les comorbidités médicales les plus fréquentes sont l'épilepsie (7% si pas de DI, 35% si DI) et la constipation. Les troubles alimentaires précoces de type anorexie du nourrisson sont également fréquents dans les TSA et des conduites alimentaires restreintes peuvent perdurer (Berg et Plioplys, 2012 ; APA, 2013).

1.8. Evaluation des TSA

L'évaluation d'un TSA est réalisée à différents niveaux : le dépistage, la confirmation du diagnostic, le bilan fonctionnel et les bilans d'évolution.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le diagnostic doit être le plus précoce possible afin d'orienter les familles vers un éventuel conseil génétique (Baghdadli et coll., 2006 ; HAS, 2005, 2010, 2011). En effet, le risque de développer un autisme pour un nouvel enfant dans une fratrie est de 4 à 7% s'il existe déjà un enfant avec TSA, et de 25 à 30% si la famille comporte déjà deux enfants avec TSA.

De plus, un diagnostic précoce permet d'éviter un délai de prise en charge pour le patient et sa famille, de limiter la survenue pour l'enfant de sur-handicaps (aggravation des troubles ou complications comportementales) et de prendre en charge les troubles associés.

L'évaluation diagnostique du TSA est multidimensionnelle. Elle s'intéresse d'abord à la clinique du trouble dont l'histoire développementale et la symptomatologie actuelle et passée. Elle passe aussi par un bilan somatique avec la recherche d'antécédents et la réalisation d'examen complémentaires (bilan génétique, électro-encéphalogramme, audiogramme, imagerie cérébrale sur point d'appel). Des outils standardisés spécifiques ou non du TSA sont ensuite utilisés pour l'évaluation des compétences du sujet. Enfin, l'environnement socio-familial est évalué.

Deux principaux outils sont utilisés à l'heure actuelle pour la confirmation du diagnostic de TSA : l'*Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) (Lord, Rutter et Le Couteur, 1994) et l'*Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS-2) (Lord et coll., 2012). Ces outils sont utilisés par des professionnels formés à ce type d'entretien.

L'ADI-R est un entretien semi-structuré avec les parents du sujet dont le diagnostic de TSA est à établir. Cet outil permet d'obtenir des informations sur les symptômes actuels et passés du

patient concerné dans trois domaines distincts : la communication et le langage, le développement social et les intérêts et comportements inhabituels. Une durée d'environ deux heures est nécessaire à la passation. Les résultats sont reportés dans un algorithme élaboré à partir du DSM-IV (APA, 1994).

L'ADOS-2 est un entretien semi-structuré avec le patient d'une durée de 45 minutes environ permettant l'évaluation interactive de la symptomatologie actuelle au moyen de cinq modules différents. Le choix du module dépend de l'âge et du développement du langage du sujet.

L'évaluation diagnostique doit être associée à une évaluation fonctionnelle adaptée aux besoins de l'enfant. Le bilan psychologique permet d'évaluer le fonctionnement cognitif du patient (niveau intellectuel, symptômes du TSA, degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne). Le bilan orthophonique se concentre sur l'évaluation de la communication verbale et non verbale et de la pragmatique du discours. Le bilan psychomoteur est centré sur l'appréciation de la motricité, de la sensorialité, de l'imitation et des fonctions exécutives. Le bilan social fait l'examen du milieu familial, de la scolarité, de l'insertion socio-professionnelle, des activités de loisirs et de la situation financière du patient.

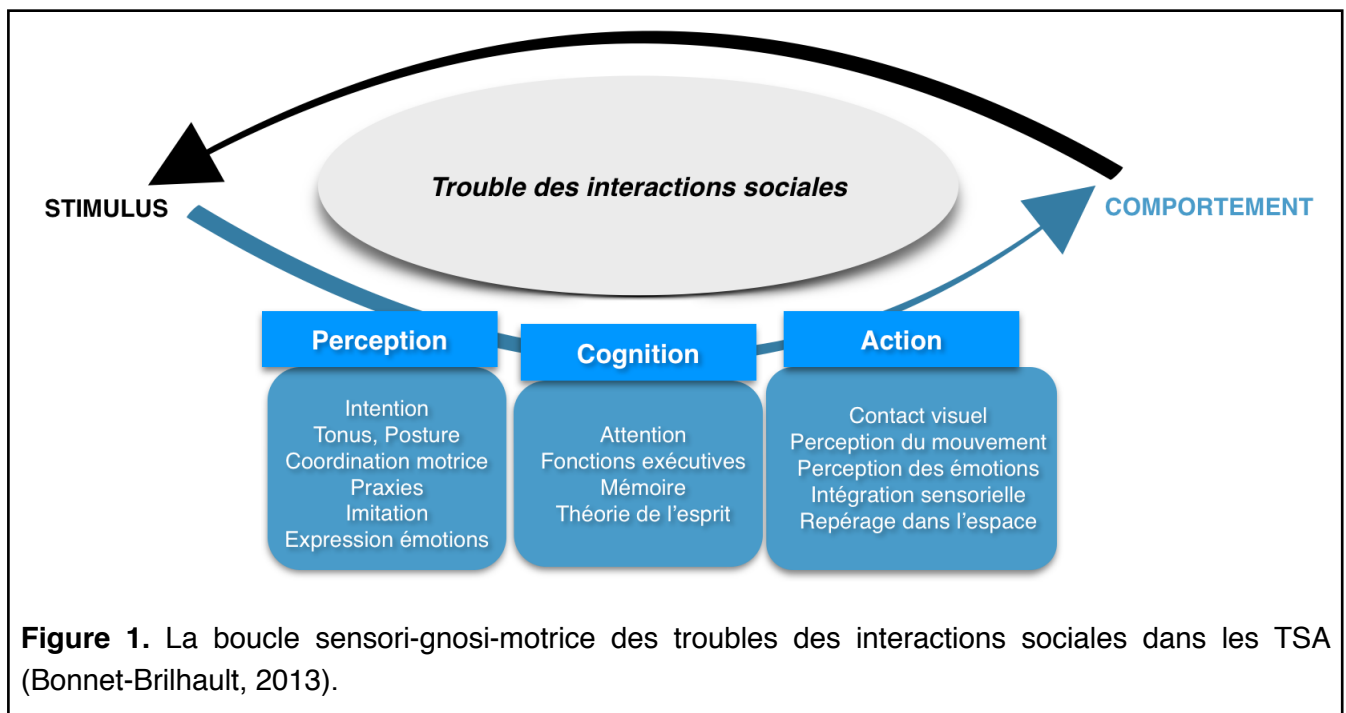
Selon les recommandations de la HAS, un bilan d'évolution annuel centré sur l'évaluation du fonctionnement, des activités et de l'environnement, doit être réalisé auprès des instances de prise en charge (Baghdadli et coll., 2006 ; HAS, 2005, 2010, 2011).

2. Focus sur le handicap social et le déficit en théorie de l'esprit

2.1. Les interactions sociales dans les TSA

Les difficultés d'interactions sociales réciproques sont au cœur des difficultés rencontrées dans les pathologies neuro-développementales et psychiatriques, en particulier chez les personnes avec TSA. C'est un ensemble de mécanismes bidirectionnels, l'environnement et l'individu s'influençant l'un et l'autre dans un processus continu de changement et de développement. Dès la naissance, puis tout au long de la vie, les interactions interpersonnelles ont ainsi un rôle majeur dans le développement de l'individu.

Cette section s'inspire du Manuel de l'Autisme et des Troubles Envahissants du Développement de Volkmar et coll. (2005).



Le déficit en interactions sociales a été pour la première fois décrit par Kanner en 1943 en observant une dizaine d'enfants qui montraient, selon lui, un manque congénital d'intérêt pour les autres personnes et à l'inverse, un intérêt pour les objets inanimés.

Au sein de la symptomatologie des TSA, le handicap social demeure l'aspect le plus frappant et cependant un des moins étudiés (Lord, 1993). Pourtant, le déficit en interactions sociales a toujours été bien décrit chez les personnes avec TSA, notamment par Rimland en 1964, Wing en 1976 et Rutter en 1978.

Les individus qui en souffrent peuvent présenter des carences sociales dans différentes situations :

- ne pas arriver à établir un cadre commun de référence lors des échanges sociaux (par exemple, entreprendre une conversation sans fournir à l'interlocuteur les informations de fond nécessaires à la compréhension du sujet abordé),
- ne pas arriver à prendre en compte les normes sociales ou les émotions de l'interlocuteur (par exemple, aborder un inconnu en commençant par « Tu es vraiment gros. »),
- n'avoir exclusivement recours qu'à des expressions stéréotypées pouvant être liées à des intérêts restreints (par exemple : « Combien de nombres premiers connais-tu ? ») ou faisant écho à une réplique précédente,
- ne pas arriver à utiliser les indices non verbaux servant à moduler les interactions sociales (contact visuel, signaux sociaux non verbaux) donnant l'impression que le sujet évite activement ces interactions.

Chez les plus jeunes, ce déficit en compétences sociales apparaîtrait entre 18 mois et trois ans. Il se manifeste par un manque d'intérêt pour les interactions sociales, même avec leurs parents. Il reste difficile à repérer à cet âge, ce qui peut entraîner un retard au diagnostic.

Des compétences sociales peuvent émerger avec le temps chez les sujets avec TSA mais elles sont variables en quantité et qualité selon les individus. Les processus sous-tendant le développement de ces compétences durant l'enfance restent cependant peu étudiés.

Les interactions sociales englobent plusieurs composantes comportementales dont le regard, l'attention conjointe, le jeu, les relations avec les pairs ainsi qu'une composante émotionnelle. Les enfants et adultes avec TSA présentent un déficit dans ces différents comportements et ont, de fait, des difficultés dans le traitement des informations sociales.

a. Le regard :

Les enfants de développement typique sont équipés à la naissance pour établir une relation sociale immédiate avec leurs parents (Povinelli, 1993). Ils ont une attention sélective pour les stimuli sociaux et en particulier les visages humains (Olson et Sherman, 1983).

Les enfants avec TSA n'échangent pas de regards avec leurs parents et n'ont que peu d'intérêt pour les visages humains. Plus généralement, on constate chez ces enfants un évitement du contact visuel. Ce comportement, typique des TSA, n'est pas retrouvé chez les enfants avec retard développemental.

Or une orientation de qualité, sous-tendue par le regard, vers les indices sociaux, fournit des informations pertinentes sur les intérêts et les dangers de l'environnement ainsi que sur les intentions et les états émotionnels d'autrui (Chawarska, Klin et Volkmar, 2003).

b. L'attention conjointe :

L'absence ou l'altération du contact visuel chez les enfants avec TSA interfère également avec l'émergence de « l'intersubjectivité ». Il s'agit de la reconnaissance que soi et l'autre sont des personnes distinctes avec des subjectivités distinctes. L'incapacité d'acquiescer cette notion d'intersubjectivité chez le sujet avec TSA résulte en outre de l'altération d'un ensemble de comportements connu sous le nom d' « attention conjointe ».

L'attention conjointe correspond à une compétence de communication sociale pré-verbale consistant à pouvoir partager avec autrui l'expérience d'un objet ou d'un événement tiers (Schaffer, 1984). Elle émerge avant l'âge d'un an chez les enfants de développement typique. Ceux-ci sont capables de sourire et de pointer un objet d'intérêt en regardant alternativement l'objet et une

personne tiers, comme leur mère, par exemple. Ils sont de même capables de regarder dans une direction désignée — avec le regard ou en pointant du doigt — par leurs parents.

Ce type d'échange triangulaire est appauvri chez l'enfant avec TSA (Mundy, Sigman et Kasari, 1990). Ce déficit en attention conjointe fait partie des difficultés les plus notables chez ces enfants (Mundy, Sigman et Kasari, 1994). Il entraîne une pauvreté affective au cours des échanges sociaux avec autrui qui peut aller jusqu'à l'intolérance à la valorisation (Kasari et coll., 1990).

On peut également observer chez les individus avec TSA un usage quasi-exclusif d'une gestuelle proto-impérative, au détriment de la gestuelle proto-déclarative qui est parfois totalement absente (Gomez, Sarria et Tamarit, 1993). De fait, la communication chez les enfants avec TSA qui ont un langage pré-verbal paraît être uniquement de l'ordre de la requête. En d'autres termes, le regard et la gestuelle ne sont utilisés que pour demander de l'aide à une personne tiers et non dans l'objectif d'attirer l'attention de l'autre sans qu'il n'y ait de but instrumental.

Le déficit en attention conjointe chez les enfants avec TSA a des implications débutant tôt dans la vie, affectant la capacité de ces enfants à interagir avec autrui et à construire des relations sociales de qualité.

c. Le jeu :

Les compétences de jeu se développent typiquement durant les deux premières années de vie. Après une période où les objets sont simplement manipulés, portés à la bouche ou observés, le jeu fonctionnel (par exemple, donner à boire à une poupée avec une tasse) apparaît vers la fin de la première année. Le jeu symbolique se développe au cours de la seconde moitié de la deuxième année de vie. Les objets du jeu deviennent alors complètement indépendants de l'action et le jeu n'est plus contraint par les propriétés physiques de ces objets (Singer, 1996). Cette apparition du jeu symbolique est concomitante au développement de la pensée symbolique (Piaget, 1951).

Le jeu de l'enfant avec TSA est à l'opposé du jeu de l'enfant de développement typique. Il est marqué par un manque d'engagement social ainsi que par une manipulation répétitive et stéréotypée et un usage non fonctionnel des objets de jeu, comme jouer avec une petite voiture en ne faisant que tourner ses roues, par exemple (Stone et coll., 1990). Le jeu symbolique est également moins présent chez l'enfant avec TSA comparativement à l'enfant avec retard mental (Stone et Lemanek, 1990).

Du fait des particularités sensorielles retrouvées chez les enfants avec TSA, ceux-ci peuvent montrer un intérêt tout particulier pour certains matériaux de par leur façon de sentir ou de goûter. De plus, le jeu est dans sa nature très répétitif chez les sujets les plus jeunes (Stone et coll., 1990).

d. Les relations avec les pairs :

L'enfant de développement typique voit ses compétences sociales se développer au fur et à mesure qu'il construit des relations sociales avec ses pairs (Singer, 1996).

Concernant les enfants avec TSA, il existe un intérêt limité pour les interactions sociales. L'initiation du contact social avec les pairs reste pauvre au fil du temps. Le jeu mutuel ou coopératif normalement attendu chez les enfants en âge d'aller à l'école est typiquement absent chez ceux avec TSA. La plupart préfèrent être laissés seuls à des auto-stimulations et autres activités inhabituelles. Ils répondent peu à l'approche des autres enfants.

Chez les pré-adolescents avec TSA, on retrouve classiquement une incapacité à initier des échanges sociaux avec les pairs et le jeu en équipe est habituellement absent (Koning et Magill-Evans, 2001). Leurs difficultés de communication sont d'autant plus évidentes qu'ils ne parviennent pas à prendre en compte les points de vue de leurs interlocuteurs (Volkmar et Cohen, 1985). Certains sujets peuvent devenir encore plus passifs ou bizarres dans leurs interactions avec le temps (Wing et Gould, 1979).

Contrairement aux interactions qu'ils ont avec leurs pairs, les enfants avec TSA sont plus susceptibles d'approcher les adultes que les autres enfants (Jackson et coll., 2003).

Lors d'une étude (Bauminger et Kasari, 2000), des enfants et adolescents avec TSA ont pu révéler à l'interrogatoire de grandes difficultés à définir l'élément central de ce qui détermine les relations amicales de même que le sentiment d'extrême solitude. Une autre étude a montré que les adolescents avec TSA ne construisaient pas ou peu de relations d'amitié (Orsmond, Krauss et Seltzer, 2004).

Parfois, des intérêts d'ordre social peuvent se développer au cours de l'adolescence chez les sujets avec TSA. Cependant, il persiste chez ces individus des difficultés avec les règles sociales, les conventions et les concessions mutuelles inhérentes à certaines situations (Seltzer et coll., 2003). L'apprentissage et la généralisation de ces règles au sein des différents échanges sociaux sont souvent problématiques chez ces sujets avec TSA (Schopler & Mesibov, 1983).

e. Les émotions dans les interactions sociales :

Au cours des seconde et troisième années de vie, les enfants de développement typique commencent à reconnaître et identifier leurs propres états mentaux et ceux d'autrui (Bretherton et Beeghly, 1982).

Il semble que les enfants avec TSA aient des difficultés à reconnaître les émotions de l'autre, bien qu'on ne sache pas actuellement s'il s'agit d'un défaut de reconnaissance des visages ou une incapacité d'ordre cognitivo-affectif à percevoir les états mentaux d'autrui (Hobson, 1993). On retrouve également chez les enfants avec TSA des difficultés à la fois dans l'expression spontanée et la reproduction délibérée des émotions. Les expressions faciales sont inhabituelles

en variété, fréquence et intégration par rapport aux enfants de développement typique et ceux avec déficience intellectuelle (Yirmiya et coll., 1989). En outre, il est spécifiquement difficile pour les enfants avec TSA de reconnaître les visages et notamment les émotions humaines. Les personnes inconnues sont identifiées comme des objets non sociaux et ces enfants présentent des difficultés dans l'utilisation des indices contextuels (Teunisse et de Gelder, 1994).

L'ensemble de ces déficits infère sur le développement de l'empathie. Les expériences conçues dans le but de susciter une réponse empathique chez les personnes avec TSA montrent que ces sujets ne prêtent pas attention aux émotions négatives d'autrui comme par exemple la détresse (Bacon et coll., 1998). De plus, il existe un déficit concernant des réponses comportementales telles que donner, partager, aider ou offrir du réconfort ou de l'affection, suggérant, là encore, un degré moindre de conscience des émotions d'autrui chez les sujets avec TSA.

La réduction des réponses sociales affectives chez les enfants avec TSA est liée à la perturbation de l'identification et de l'expression des émotions. Elle accentue les difficultés de ces sujets dans leurs relations sociales.

2.2. La théorie de l'esprit : De l'altération des interactions sociales à la victimisation

La cognition sociale correspond à l'ensemble des processus cognitifs permettant d'interagir socialement au sein d'un groupe, c'est-à-dire notre capacité à reconnaître et à utiliser l'information sociale pour élaborer notre comportement social (Adolphs, 2001). Au plan neurobiologique, la cognition sociale se rapporte surtout à la capacité de percevoir les intentions et les dispositions d'autrui (Brothers, 1990).

Le substrat organique de cette cognition sociale serait constitué par un ensemble de neurones appelés « neurones miroirs » (Rizzolatti et col, 1996). Ces neurones s'activent aussi bien lorsqu'une personne exécute une action que lorsque celle-ci observe une autre personne réalisant la même action, d'où le terme « miroir ». Ainsi, l'action observée est reflétée, comme dans un miroir, dans la représentation motrice de cette action chez la personne observatrice. Ces neurones sont susceptibles de jouer un rôle dans les capacités cognitives appliquées à la vie sociale, dans les apprentissages par imitation.

Il existe différentes théories permettant d'expliquer l'altération de la cognition sociale chez les personnes avec TSA.

a. Théorie des fonctions exécutives

La théorie des fonctions exécutives prend en compte un ensemble assez hétérogène de compétences permettant un comportement flexible et adapté au contexte (planification, flexibilité cognitive) ; elle englobe un certain nombre de difficultés qu'ont les enfants avec TSA dans leur apprentissage : persévérations, réponses hors sujet ou difficultés à appliquer des connaissances en contexte réel (Volkmar et coll., 2003).

b. Théorie de la cohérence centrale

La théorie de la cohérence centrale se définit par le fait que les personnes avec TSA ont des difficultés quant à leur capacité d'intégrer l'information dans des tous cohérents ou significatifs (Frith, 2003), entraînant des problèmes d'attention, d'appréciation du contexte et de compréhension globale.

c. Enactivisme

La théorie « énonctiviste » considère que le développement des compétences cognitives symboliques est la résultante d'une action sur l'environnement, la cognition sociale émergeant alors au travers d'un contexte social interactif (Klin et coll., 2005). L'altération de ces processus entraîne chez les individus avec TSA une orientation générale vers le monde matériel plutôt que vers les personnes. De fait, l'apprentissage des règles relatives aux interactions sociales est très différent, même chez certains sujets avec TSA qui malgré leur haut niveau de fonctionnement, demeurent profondément handicapés au plan social.

d. Théorie de l'esprit

L'hypothèse de la théorie de l'esprit reste un des modèles les plus productifs depuis ces vingt dernières années dans la compréhension de l'altération de la cognition sociale. Celle-ci suggère que le déficit en interactions sociales, caractéristique chez les sujets avec TSA, est lié à un problème de base dans l'intersubjectivité (Trevarthen et Aitken, 2001). Il s'agit de la faculté, essentielle à notre condition d'être social, d'attribuer à autrui des désirs, des croyances, des intentions, bref, des états mentaux par lesquels nous pouvons non seulement comprendre ou expliquer le comportement de l'autre, mais aussi l'anticiper, le prédire. Cette « théorie de l'esprit » signifie que l'on interprète un acte humain selon la théorie que les pairs ont un esprit et ne fonctionnent pas, par exemple, comme des machines définies par leur apparence et leurs propriétés mécaniques.

Un déficit en théorie de l'esprit entraîne chez les sujets avec TSA une incapacité à interpréter le comportement d'autrui en fonction d'une velléité, ou d'une « mentalisation » (Baron-Cohen, Leslie et Frith, 1985) ainsi qu'une absence générale d'expertise dans le traitement des informations transmises par l'apparence du congénère (regard, mimique, gestuelle, intonation, voix) et dans la production de ces mêmes informations (Mottron, 2004). Les émotions de l'autre sont interprétées par le biais unique de la perception sans que ses intentions ne puissent forcément être détectées.

Les compétences en théorie de l'esprit permettent, chez l'enfant de développement typique, d'étayer ses interactions sociales quotidiennes. Une mauvaise compréhension des intentions et émotions d'autrui peut, chez les enfants avec TSA, venir compromettre leur capacité à détecter les indices sociaux désignant des interactions non réciproques, les plaçant ainsi dans une situation à risque d'être exploités ou victimisés (Shakoor et coll., 2012). De plus, un déficit en théorie de l'esprit peut accroître le risque de victimisation par les pairs en altérant la capacité de l'enfant avec TSA à gérer des conflits ou à se défendre.

De par l'altération de cette cognition sociale, les enfants avec TSA sont alors susceptibles d'être plus facilement la cible de menaces ou d'abus, d'autant plus qu'ils sont considérés comme « bizarres » aux yeux de leurs pairs du fait de leurs difficultés de socialisation et de divers comportements venant aggraver leur marginalité sociale (crises d'anxiété spectaculaire, manifestation inopportune d'intérêts restreints). Les comportements répétitifs et stéréotypés de ces sujets ont également un impact important sur leur entourage, jusqu'à provoquer un certain agacement voire parfois un rejet (Mottron, 2004) à même d'aggraver leur vulnérabilité.

- ➔ Depuis l'apparition du DSM, la définition de l'autisme a évolué jusqu'à la notion de trouble du spectre de l'autisme (TSA) du DSM-5.
- ➔ Les TSA sont caractérisés par une dyade clinique comprenant un déficit de la communication et des interactions sociales, ainsi qu'un caractère répétitif des comportements et des intérêts.
- ➔ Les TSA sont des troubles neuro-développementaux fréquents avec une prévalence de 20 pour 10 000 enfants.
- ➔ Le sex-ratio des TSA est de quatre garçons pour une fille.
- ➔ L'évaluation diagnostique des TSA, pluridisciplinaire, est réalisée au moyen de deux principaux outils : l'ADI-R et l'ADOS-2.
- ➔ Les TSA apparaissent dans la petite enfance et le diagnostic doit être le plus précoce possible.
- ➔ Les TSA sont marqués par une altération de la cognition sociale et de ses différentes composantes, sous-tendue par un déficit en théorie de l'esprit.
- ➔ Les enfants et adolescents avec TSA ont des difficultés dans le traitement des informations sociales ainsi que dans l'interprétation des intentions et des dispositions d'autrui.
- ➔ Les enfants et adolescents avec TSA ont des problèmes dans l'identification et l'expression de émotions et ne construisent pas ou peu de relations amicales.
- ➔ Les troubles de la communication et les comportements stéréotypés des enfants et adolescents avec TSA aggravent leur marginalité sociale et leur stigmatisation auprès de leurs pairs.
- ➔ Les enfants et adolescents avec TSA sont plus vulnérables du fait de leurs faibles compétences en théorie de l'esprit et sont susceptibles d'être la cible de phénomènes de victimisation parce qu'ils sont différents.

II. DONNEES ACTUELLES EN VICTIMOLOGIE DE L'ENFANT

1. Définitions et historique de la victimologie

Le terme « victime » viendrait du latin *victima*, analogue du mot grec *thyma* désignant la créature offerte en sacrifice aux dieux.

Selon l'ONU (A/RES/40/34 du 11 décembre 1985), on entend par « victime » une personne qui, individuellement ou collectivement, a subi un préjudice, notamment une atteinte à son intégrité physique ou mentale, une souffrance morale, une perte matérielle, ou une atteinte grave à ses droits fondamentaux, en raison d'actes ou d'omissions qui enfreignent les lois pénales en vigueur dans un Etat Membre et représentent des violations des normes du droit internationalement reconnues en matière de droits de l'homme.

Une victime peut également être définie de la façon suivante : « un individu qui a subi un dommage reconnu par une loi, un texte ou un règlement » (Lopez, 2014).

D'après Cario (2013), la victimologie est une discipline scientifique multidisciplinaire ayant pour objet l'étude globale des victimisations sous leur triple dimension individuelle, collective et sociale. Elle analyse leur émergence, leur processus, leurs conséquences et leurs répercussions, afin de favoriser leur prévention et, le cas échéant, la réparation corporelle, psychologique, sociale et/ou matérielle de la victime et/ou de ses proches.

La victimologie générale est pluridisciplinaire en ce sens qu'elle touche au moins quatre domaines majeurs : le droit, la criminologie, la psychotraumatologie et l'action humanitaire (Lopez, 2014).

La victimologie scientifique est une branche de la criminologie. Elle a longtemps été occultée par sa grande sœur l'agressologie. Jusqu'au milieu du XX^e siècle, les études ont surtout porté sur les infracteurs plutôt que sur les victimes.

Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que sont apparus les premiers victimologues. Ceux-ci s'intéressèrent d'abord à la victime au sein du couple pénal agresseur/agressé. Ils essayèrent de préciser le rôle que devait jouer la victime dans le déclenchement ou le déroulement du passage à l'acte criminel.

La question soulevée étant celle de la culpabilité de la victime, des auteurs comme Von Hentig (1948) et Fattah (1966, 1997) ont été amenés à développer différentes typologies, véritables précurseurs des actuels facteurs de risque victimaires.

D'autres auteurs comme Mendelsohn (1958) se sont opposés à cette victimologie criminologique en développant une approche plus humaniste qui devait permettre de diminuer les effets et les conséquences des victimisations.

Le mouvement féministe des années 1970 a grandement participé aux avancées de la victimologie en s'opposant notamment au concept de culpabilité de la victime. En mettant en avant les violences engendrées par le genre masculin, les féministes ont permis de développer l'aide aux victimes d'agression(s). On doit également à ce mouvement les premières enquêtes de victimation.

Dans son ouvrage, *L'envers du crime*, Baril (2002) met la victime au centre de l'attention. L'auteure promeut la prise en charge et l'accompagnement de la victime au moyen d'enquêtes qualitatives jamais réalisées auparavant fondées sur des témoignages personnels.

La victimologie d'aujourd'hui se nourrit d'enquêtes de victimation à grande échelle dans différents pays. Retenons le *National Crime Victimization Survey* aux Etats-Unis, l'*International Crime Victims Survey* en Union Européenne, les enquêtes de l'Observatoire National de la Délinquance et des Réponses Pénales (ONRDP) en France.

Ces études empiriques ont permis de définir des facteurs de risque de victimisation — appelés aussi facteurs de risque victimaires — faisant de certaines personnes des cibles plus vulnérables.

2. Spécificités de la victimologie de l'enfant

Selon Viano (2006), la question de la victimisation chez l'enfant est très récente. Au cours du XIX^e siècle aux Etats-Unis, le seul recours juridique possible dans un tel cas était d'invoquer les lois interdisant la cruauté envers les animaux. Ce n'est qu'à la fin du XX^e siècle que la maltraitance des enfants fut reconnue par la loi et que des dispositions furent prises afin de les protéger.

La victimologie de l'enfant se distingue de la victimologie générale par différents aspects. Cette section s'inspire d'une revue de la littérature réalisée par Finkelhor et Dziuba-Leatherman (1994).

D'après ces auteurs, les enfants sont plus victimisés que les adultes. Il sont notamment plus victimes de criminalité classique (infractions dont l'auteur n'est pas spécifique : vol, vandalisme, agression, etc.), de violences intrafamiliales, ainsi que de formes de victimisation qui leur sont caractéristiques (enlèvement par un parent). Le *National Crime Survey* aux Etats-Unis (*National Center on Child Abuse and Neglect*, 1992 ; *Bureau of Justice Statistics*, 1991, 1992) montrait que les vols, les viols et les agressions étaient deux à trois fois plus fréquents entre 12 et 19 ans que dans la population adulte. Dans le *National Family Violence Survey* (Straus, Gelles et Steinmetz, 1980), des adultes reconnaissaient infliger près de deux fois plus de violences graves (incluant le fait de battre, de donner des coups de pieds ou des coups de poings ou de frapper

avec un objet) à leurs enfants qu'à leur conjoint au sein de leur foyer. Lorsqu'on sait que dans les familles, les plus jeunes sont fréquemment victimes d'agression(s) de la part de la fratrie, il est facile de comprendre que les enfants subissent effectivement plus de victimisations que les adultes.

Les auteurs mettent également en avant le fait que les enfants sont sujet à des victimisations spécifiques qui ont été largement exclues des intérêts traditionnels de la criminologie, la première étant les violences infligées par les pairs dont les frères et sœurs. Un autre type de victimisation non réellement pris en compte jusqu'à ces dernières années est le châtement corporelle sous ses différentes formes.

Le *bullying* (pouvant se traduire par « tyrannisation ») par les pairs et la fratrie ainsi que les victimisations indirectes (comme le fait d'être témoin de l'agression d'un membre de la famille) ont également suscités un intérêt récent dans la victimologie de l'enfant (Olweus, 1978 ; Morgan et Zedner, 1992).

Finkelhor et Dziuba-Leatherman (1994) distinguent trois types de victimisation de l'enfant (cf figure 2.) :

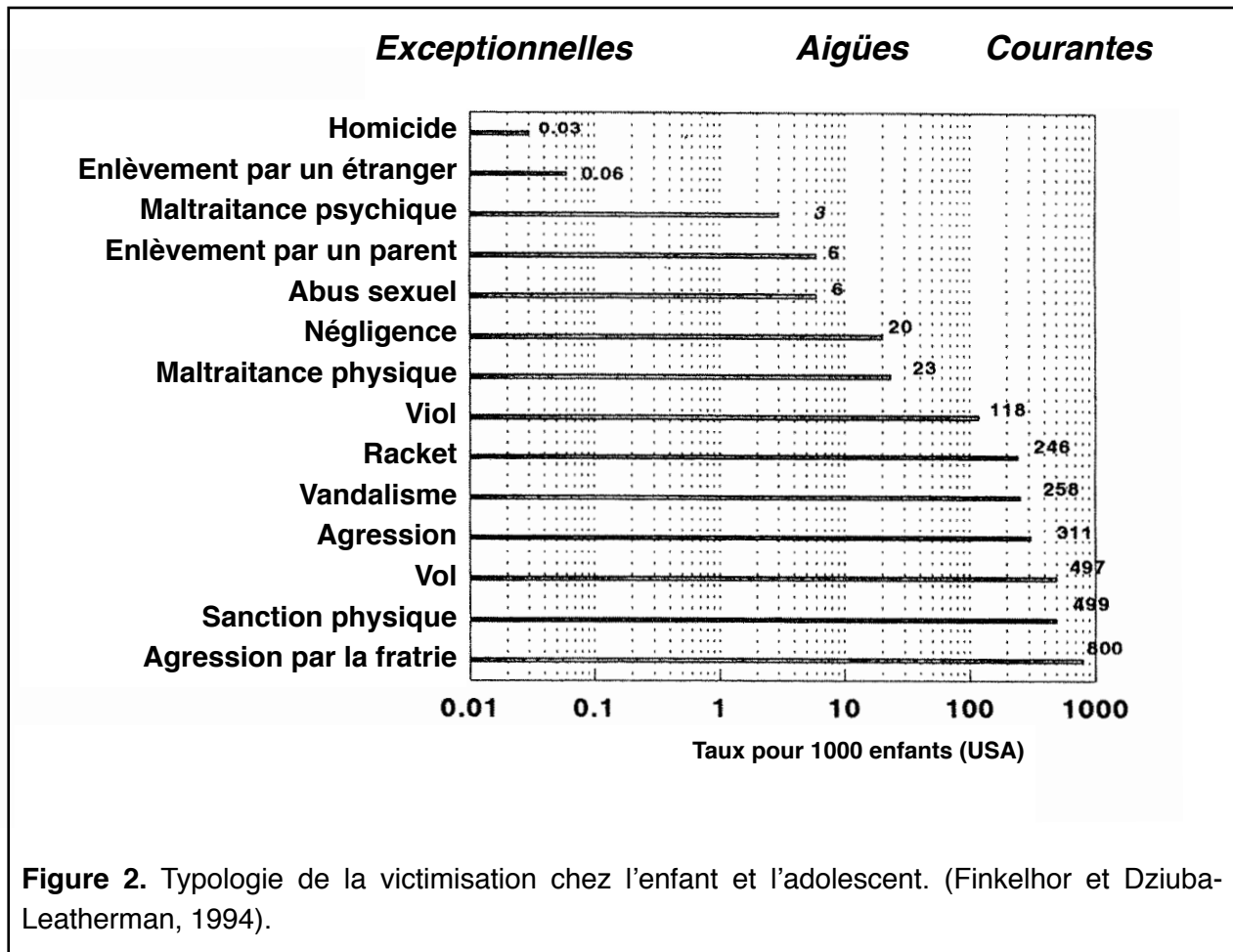
- les victimisations courantes affectant la plupart des enfants : agressions par la fratrie, sanctions physiques par les parents, vol, agressions par les pairs, racket, vandalisme,
- les victimisations aiguës concernant un pourcentage d'enfant plus limité mais néanmoins significatif : maltraitance physique dont sexuelle, négligence, enlèvement par un membre de la famille,
- les victimisations exceptionnelles qui touchent un très faible nombre d'enfants : homicide, homicide lié à une maltraitance, enlèvement par un tiers n'appartenant pas à la famille.

Il est facile de remarquer le déséquilibre dans les médias entre les victimisations aiguës et exceptionnelles d'un côté, et les victimisations courantes, de l'autre.

Une enquête, le *National Survey of Children's Exposure to Violence II* (NatSCEV II, Finkelhor et coll., 2013), retrouvait un taux de victimisation globale de 57,7 %, au cours de l'année précédente, au sein d'une population de 4503 enfants âgés de un mois à 17 ans. Une question pertinente est de savoir pourquoi les victimisations des enfants paraissent si fréquentes. Les auteurs mettent en avant plusieurs facteurs (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994):

- les enfants présentent une faiblesse, une stature physique limitée, une position de dépendance,
- ils n'ont aucun pouvoir de représailles ou de dissuasion,
- on note un seuil de tolérance élevé de la part de la société pour certaines formes de victimisations,

- les enfants n'ont pas de marge de manoeuvre dans le choix de leur environnement et des personnes qui les accompagnent.



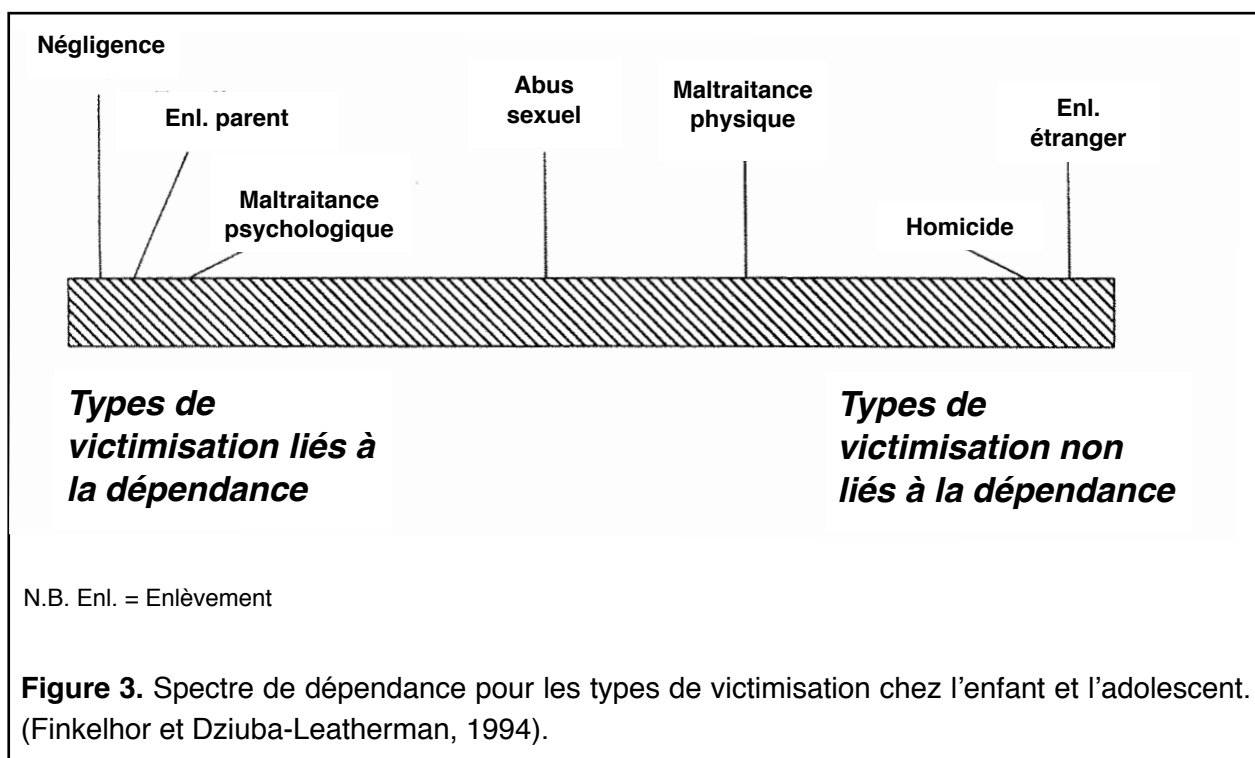
Il existe des victimisations spécifiques aux enfants, en plus de celles qu'adultes et enfants peuvent ensemble expérimenter. Cette spécificité dans la victimisation des enfants est directement liée à leur position de dépendance (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994). Tel est le cas de la négligence, par exemple.

Les événements victimisants pouvant toucher un enfant, peuvent ainsi être répartis sur un spectre selon le degré de lien avec cette position de dépendance (cf figure 3.). Une extrémité serait concernée par des victimisations comme la négligence, l'enlèvement par un membre de la famille et la maltraitance psychologique. L'autre extrémité serait marquée par des victimisations affectant indifféremment les adultes et les enfants telles que l'homicide et l'enlèvement par un étranger. Au centre du spectre on pourrait alors retrouver la maltraitance sexuelle et physique qui, en fonction du degré de violence associée, peuvent concerner soit les enfants et les adultes, soit les enfants uniquement.

Le concept de victimologie développementale introduit par Finkelhor et Dziuba-Leatherman (1994) permet d'étudier les victimisations des enfants en fonction de leur âge. Un enfant de quatre ans n'est pas touché par les mêmes événements victimisants qu'un adolescent de 17 ans. Il est alors logique de penser que les plus jeunes seront concernés par des victimisations directement liées à leur position de dépendance, contrairement aux plus âgés dont les victimisations ressembleront plus à celles des adultes.

Ainsi, les enfants âgés de moins de 12 ans sont plutôt victimes de négligence ainsi que d'enlèvement par un parent. A l'inverse, après 12 ans, les enfants sont victimes d'homicide, d'agression sexuelle et d'enlèvement par un étranger (Finkelhor et coll., 1990).

L'homicide est un cas particulier en ce sens qu'il touche à la fois les deux extrémités du spectre de l'âge. Dans la petite enfance, les auteurs sont en général les parents. C'est le cas du néonaticide ou d'une maltraitance excessive conduisant à un infanticide. Chez les plus âgés, les homicides sont commis par des pairs ou des connaissances, le plus souvent au moyen d'une arme à feu.



Le type de victimisation diffère aussi en fonction du sexe. Dans l'adolescence, les garçons sont plus affectés par les homicides (2,3 pour 1), les agressions (1,7 pour 1) et les vols (2 pour 1), alors que les filles sont majoritairement touchées par le viol (8,1 pour 1) (*National Crime Survey ; Uniform Crime Reports*). En revanche, on ne retrouve pas de différence dans le type d'événement victimisant chez les enfants les plus jeunes du fait qu'à cet âge, les garçons et les filles ont des activités et des caractéristiques physiques similaires (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994).

Les victimisations dans l'enfance ont des conséquences non négligeables sur le long terme. Il est démontré que ces victimisations augmentent le risque de développer une maladie mentale à l'âge adulte. C'est le cas des agressions sexuelles qui multiplient par quatre le risque d'être atteint d'un trouble psychiatrique et par trois le risque de développer un trouble lié à l'usage de substance (Saunders et coll., 1992 ; Kilpatrick, 1992 ; Scott, 1992). La maltraitance physique et psychologique ainsi que les sanctions physiques accroissent également la morbidité mentale (Kolko, 1992 ; Briere et Runtz, 1990 ; Straus, Gelles et Steinmetz, 1980).

Il a aussi été montré que les victimisations dans l'enfance augmentent le risque pour l'individu d'être lui-même l'auteur d'un crime, de violence ou de maltraitance (McCord, 1983 ; Widom, 1989 ; Hanson et Slater, 1988 ; Straus, Gelles et Steinmetz, 1980).

3. Aspects de la victimisation chez l'enfant et statistiques

Les événements susceptibles d'entraîner un « psychotraumatisme » (Crocq, 1992 ; Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999) chez l'enfant sont variés. Ils sont d'autant plus traumatisants pour l'enfant qu'ils sont d'origine humaine plus que naturelle, intentionnels qu'accidentels, que l'auteur est connu plus qu'inconnu (Vila, 2013).

Selon Finkelhor (2008), il existe de nombreuses situations pouvant donner lieu à une victimisation chez l'enfant. L'auteur regroupe ces situations en six domaines généraux de préoccupation :

- a. La criminalité classique : racket, vol, vandalisme, agression avec objet, agression sans objet, tentative d'agression, kidnapping, agression liée à une discrimination.

L'enquête NatSCEV II retrouvait un taux de victimisation de 41,2% pour les agressions physiques et de 24,1% pour les victimisations de propriété (racket, vol, vandalisme) au cours de l'année précédente dans la population générale (Finkelhor et coll., 2013).

Le racket ou « vol avec violence » est particulièrement fréquent dans les établissements scolaires et constitue une forme de *bullying* (cf infra). Il concernerait 10% des écoles (Vila, 2013). L'agresseur a recours à la force ou a des menaces pour dérober quelque chose que l'enfant porte ou transporte ou exiger un « service ». C'est un délit puni par la loi (article 312-1 du Code Pénal).

- b. Les mauvais traitements à l'égard des enfants : maltraitance physique par les parents ou le tuteur, maltraitance émotionnelle et psychologique, négligence, conflit de garde ou enlèvement par un parent.

L'enquête NatSCEV II retrouvait un taux de victimisation de 13,8% pour les événements liés à de la maltraitance au cours de l'année précédente dans la population générale (Finkelhor et coll., 2013).

L'observatoire décentralisé de l'action sociale (ODAS) distingue depuis 1993 les enfants maltraités ayant subi une ou plusieurs des situations ci-dessus, et les enfants en risque de maltraitance. Les enfants en danger comprennent l'ensemble des enfants en risque et des enfants maltraités. Les enfants en risque étaient au nombre de 53 000 contre 21 000 enfants maltraités en 1996. 7500 enfants avaient subi des violences physiques, 6500 des abus sexuels et 7000 des négligences graves et violences psychologiques (Vila, 2013). Les tout-petits sont particulièrement touchés par la maltraitance physique, le traumatisme crânien étant la principale cause de décès. Le syndrome « du bébé secoué », correspondant à des mouvements de translation et de rotation brutale imposés à la tête du nourrisson, entraîne des lésions intracrâniennes graves. La seconde cause de décès est représentée par les lésions viscérales (Vila, 2013).

Le diagnostic de maltraitance physique impose un examen clinique complet de l'enfant dévêtu à la recherche d'ecchymoses d'âge différent. Les examens d'imagerie doivent être d'indication large. Les enfants de moins de deux ans bénéficient de radiographies du squelette entier. Après l'âge de deux ans, l'imagerie est orientée par la clinique à la recherche de lésions traumatiques. Pour affirmer que ces lésions sont liées à de mauvais traitements, une évaluation multidisciplinaire est nécessaire. Des lésions répétées, l'existence d'un retard dans la demande de soins, des incohérences dans le discours des parents sont autant d'arguments qui doivent faire suspecter une maltraitance physique.

Les carences et négligences se traduisent par un défaut de satisfaction des besoins physiologiques et/ou affectifs de l'enfant.

La maltraitance psychologique peut être isolée ou liée à une maltraitance physique. Elle est rarement dénoncée et peut compromettre le développement normal de l'enfant voire entraver la structuration de sa personnalité future. Cette maltraitance émotionnelle et psychologique existe également lorsque l'enfant est exposé à une victimisation indirecte comme des violences conjugales par exemple (cf infra).

- c. La victimisation par les pairs ou la fratrie : agression par un groupe ou une bande, agression par les pairs ou la fratrie, agression aux parties intimes (non sexuelle), racket et autres formes de violence entre jeunes, intimidation, violence par le/la petit(e) ami(e) ou l'ex-petit(e) ami(e).

La victimisation par les pairs s'apparente au *school bullying*. Il s'agit d'un concept récent mais encore peu connu et peu utilisé en France si bien qu'il n'en existe pas de traduction française satisfaisante. Ce type de victimisation se traduit par une agressivité sur le long terme d'un ou plusieurs enfants sur un autre. Le *bullying* peut être commis physiquement (coups, pincements, bousculades), avoir un retentissement émotionnel (insultes, moqueries, menaces), être de type relationnel (isolement de la victime) ou être lié à la dégradation de biens (livres, téléphone portable) (Gladden et coll., 2014). L'agresseur, dans une relation de dominant/dominé avec sa victime va choisir celle-ci en raison de sa faiblesse ou d'une différence physique (obésité, bégaiement, handicap physique ou mental, trouble des apprentissages).

Les premières études à l'échelle nationale sur le *bullying* ont été réalisées en Norvège (Olweus, 1978). Huit à 30% des enfants en seraient victimes selon les définitions (Vila, 2013). Selon l'étude NatSCEV II, la prévalence du *bullying* physique dans la population générale est de 13,7% et celle du *bullying* relationnel de 36,5% (Finkelhor et coll., 2013). Dans la deuxième édition de l'enquête nationale de victimation et de climat scolaire du ministère de l'éducation nationale (DEPP, 2013), les atteintes les plus souvent évoquées étaient les insultes (57 %), le vol de fournitures (47 %), les sobriquets (39 %) et les mises à l'écart (37 %).

Le sex-ratio est en faveur des garçons concernant les agresseurs. Les victimes sont indifféremment des deux sexes mais les garçons sont plus souvent victimisés par des groupes de pairs mâles. Le *bullying* physique est plutôt le fait des garçons tandis que les filles vont de préférence se tourner vers le *bullying* émotionnel.

C'est un problème majeur qui, aujourd'hui, passe souvent inaperçu dans les écoles françaises. Le *bullying* expose cependant l'enfant qui en est victime, à des conséquences graves : retentissement sur les apprentissages scolaires, idées de dévalorisation, repli socio-affectif, absentéisme scolaire et déscolarisation, état dépressif majeur, tentative de suicide voire suicide accompli. Ce sont ces conduites suicidaires qui sont à l'origine des premières études sur le *school bullying* en Norvège (Vila, 2013).

d. La victimisation sexuelle : abus sexuel par un adulte connu, abus sexuel non spécifique, abus sexuel par un pair, viol accompli ou tentative de viol, exhibitionnisme, harcèlement sexuel verbal, relation sexuelle consentante du mineur avec un adulte.

Lors de l'enquête NatSCEV II (Finkelhor et coll., 2013), près de 6% des enfants interrogés dans la population générale avaient subi une victimisation sexuelle au cours de l'année précédente, dont 22,8% étaient des filles âgées de 14 à 17 ans. Une autre enquête réalisée auprès de 548 garçons et 568 filles âgés de 13 à 15 ans avait montré que 11,5% des garçons et 33,5% des filles avaient été agressés sexuellement au cours de leur vie (Halperin et coll., 1996).

Lorsqu'un mineur est victime d'une agression sexuelle avec pénétration sexuelle datant de moins de 72 heures, il est urgent de réaliser un examen médico-légal afin d'identifier une éventuelle empreinte génétique de l'agresseur par la recherche de sperme. Cet examen devrait être réalisé par un médecin ayant l'habitude de travailler avec des enfants afin de ne pas entraîner une sur-victimisation.

Il est nécessaire d'hospitaliser l'enfant s'il s'agit d'une maltraitance sexuelle intrafamiliale afin de protéger la victime de son agresseur vivant au domicile, si l'agression sexuelle s'est compliquée d'une grossesse et/ou d'une infection génitale, ou si le retentissement affectif de l'enfant ou de son entourage est trop important.

Le Code pénal qualifie un viol ou une agression sexuelle d'inceste dans le cas où ceux-ci « sont commis au sein de la famille, sur un mineur, par un ascendant ou par toute autre personne ayant une autorité de droit ou de fait. » Les abus sexuels incestueux ont la particularité de retentir à la fois sur le développement psychique et psychosexuel de l'enfant et sur son lien familial (Vila, 2013).

e. La victimisation indirecte et l'exposition à la violence : exposition à des violences conjugales, exposition à une agression sur la fratrie par un parent, exposition à une agression avec arme, exposition à une agression sans arme, cambriolage du domicile familial, meurtre d'un membre de la famille ou d'un ami, exposition à un meurtre, exposition à des coups de feu, du terrorisme ou des émeutes, exposition à la guerre ou à des conflits ethniques.

Au sein de la population de l'enquête NatSCEV II (Finkelhor et coll., 2013), 22,4% des enfants interrogés avaient subi une victimisation indirecte au cours de l'année précédente.

f. La victimisation par Internet : harcèlement par Internet ou téléphone portable, dont sexuel, insultes ou publication de photos dégradantes par SMS ou sur les réseaux sociaux.

L'étude NatSCEV II (Finkelhor et coll., 2013) montrait que 6% des enfants de l'échantillon étaient concernés par une victimisation liée à l'utilisation malveillante des téléphones portables et d'Internet. Dans la deuxième édition de l'enquête nationale de victimation et de climat scolaire du ministère de l'éducation nationale, 18% des collégiens déclaraient avoir été victimes de *cyberbullying* dans l'année scolaire (DEPP, 2013).

Le *cyberbullying* est un phénomène lié au développement toujours plus rapide des nouvelles technologies en matière de communication qui attirent fortement les enfants et adolescents. Internet et les appareils photo intégrés dans les téléphones mobiles actuels sont

aujourd'hui les supports privilégiés pour le harcèlement, l'humiliation et le chantage, notamment par la diffusion d'images ou de vidéos compromettantes. L'exposition des enfants à des contenus violents ou pornographiques sur le Web peut également avoir des conséquences particulièrement néfastes sur leur psychisme et leur développement (Vila, 2013).

Les accidents ne font pas partie des victimisations proprement dites. Ils ont toutefois une place importante dans les traumatismes chez l'enfant. Ils représentent la première cause de décès entre un et 15 ans et touchent un enfant sur 10 annuellement (Vila, 2013). Le sex-ratio est en faveur des garçons dans la petite enfance. Les accidents sont source de psychotraumatismes de type 1 (cf infra). A la différence des victimisations précédemment décrites, ils sont non intentionnels mais font suspecter un défaut de surveillance par l'entourage, voire une maltraitance physique ou une négligence dont il faut impérativement faire le diagnostic différentiel.

4. Concept de poly-victimisation

Le terme « poly-victimisation » désigne une victimisation multiple chez des enfants (Finkelhor et coll., 2007).

Alors qu'il existe une littérature conséquente sur la gravité des effets négatifs de la violence, de la maltraitance et d'autres formes de victimisation sur les enfants (Osofsky, 1995, 1999 ; Trickett et Schellenbach, 1998), la plupart de ces études portant sur un seul type spécifique de victimisation, ne permettent pas d'obtenir des profils complets de cette victimisation chez l'enfant. C'est le cas des études portant sur la maltraitance sexuelle (Kendall-Tackett, Williams et Finkelhor, 1993 ; Kilpatrick et Saunders, 1999 ; Paolucci, Genuis et Violato, 2001), sur le *bullying* (Nansel et coll., 2003), l'exposition à la violence dans la communauté (Gorman-Smith et Tolan, 1998) et le fait d'être témoin d'une violence domestique (Fantuzzo et Mohr, 1999 ; Fantuzzo et coll., 1991 ; Kolbo, Blakely et Engleman, 1996).

L'auteur du concept définit la poly-victimisation comme le fait pour un enfant d'avoir été exposé à au moins quatre événements victimisants dans les 12 mois précédents. Il fait également la distinction entre deux sous-groupes au sein de cette population : les poly-victimes modérées ayant subi entre quatre et six victimisations au cours de l'année précédente et les poly-victimes sévères exposées à au moins sept événements victimisants au cours de l'année précédente. Sur la vie entière, Finkelhor, Ormrod et Turner (2007) définissent le seuil de poly-victimisation en

prenant les 10% d'une population qui ont les plus hauts scores de victimisation dans chaque tranche d'âge.

Le concept de poly-victimisation prend tout son sens quand il s'agit d'expliquer et de mesurer le retentissement et les conséquences des victimisations multiples chez l'enfant, en prenant en compte l'ensemble des événements victimisants auxquels un jeune a pu être exposé plutôt qu'un seul type d'événement spécifique. Ainsi il a été montré que les enfants poly-victimes étaient plus susceptibles de développer des symptômes traumatiques que les enfants exposés à un seul type de victimisation (Felitt et coll., 1998 ; Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). La poly-victimisation implique donc une prévention et une prise en charge spécifiques pour les enfants qui y sont exposés, si tant est que l'on puisse la détecter.

La victimisation et la poly-victimisation chez les enfants et les adolescents peuvent être mesurées à l'aide d'un outil appelé le *Juvenile Victimization Questionnaire* (cf annexe 2.), instrument développé par Hamby et coll. (2004) faisant l'inventaire de l'ensemble des événements victimisants dont un enfant est susceptible d'être victime au cours de sa vie.

5. Facteurs de risque victimaires

Des caractéristiques, des circonstances, des comportements pouvant augmenter le risque de victimisation ont été mis en évidence. Ces facteurs de risque découlent des premières recherches victimologiques sur la place et la responsabilité de la victime au sein du couple pénal agresseur/agressé dans le passage à l'acte criminel.

Des auteurs comme Cohen (1979) ou Becker (1968) évoquent la notion de « cible victimale » parmi les facteurs favorisant un tel passage à l'acte. Il a été en effet observé que les crimes étaient le plus souvent commis là où les individus se sentaient le plus en sécurité, par des personnes avec lesquelles les victimes ont souvent des relations étroites et anciennes comme au sein d'une famille.

Baril (2002) définit des facteurs de risque selon deux concepts distincts.

Le concept de vulnérabilité fait état de facteurs de risque renvoyant, entre autres, à une incapacité de se protéger. Ces facteurs de risque sont :

- une faiblesse physique,
- la fréquentation de milieux criminogènes et/ou de pairs criminels,
- un statut professionnel ou social particulier,
- la fréquence des sorties hebdomadaires nocturnes,

- la consommation importante de produits toxiques.

Le concept de facilitation correspond, en partie, à une augmentation délibérée du risque de victimisation d'un individu. Cette facilitation peut s'expliquer par :

- une confiance démesurée en l'honnêteté d'autrui,
- une trop grande « disponibilité » des biens,
- une tendance à trop exhiber ses richesses ou ses réserves,
- une impossibilité à signaler les infractions subies ou dont l'individu a été témoin.

Lopez (2014) définit trois types de facteurs de risque victimaires : biologique, psychologique et social.

Concernant les facteurs biologiques, un âge jeune augmente le risque de victimisation. En effet, un enfant sera d'autant plus exposé qu'il présente une immaturité psychologique et sociale, et demeure en permanence à la recherche de sensations fortes. Le mineur est dans une position de dépendance qui le rend vulnérable. Il est en de même pour la personne âgée. Le sexe masculin est plus susceptible d'être victimisé. Le handicap et la déficience sont également des facteurs de risque, qu'ils soient physiques ou mentaux. Enfin, l'appartenance à une population stigmatisée par la société entraîne plus de victimisation (immigrés, exclus, étrangers).

Les facteurs psychologiques sont la négligence, l'imprudence, la cupidité, l'avarice, la vénalité, la méfiance excessive, la confiance immodérée ou le manque de vigilance, les conduites sexuelles à risque, ainsi qu'une position de victime au sein de la famille dans un processus de re-victimisation sous-tendu par l'identification aux désirs parentaux, dans une perspective psychanalytique.

Des facteurs sociaux et le style de vie influent sur le risque de victimisation. Seront plus exposés, les sujets célibataires ou divorcés, fréquentant des lieux à risque, pratiquant des métiers à risque, ayant des antécédents de délinquance, étant isolés, ayant un niveau socio-économique précaire ou à l'inverse, possédant des richesses ostentatoires. Le *moral hazard* (ou aléa moral) joue aussi un rôle en ce sens que les personnes se sentant les plus protégées au sein de la société, vont être celles qui paradoxalement s'exposeront plus facilement à la victimisation.

6. Conséquences des victimisations de l'enfant : psychotraumatismes et état de stress post-traumatique (ESPT)

Crocq et Doutheau (1995) proposent de définir le stress comme « une réaction biologique, physiologique et psychologique d'alarme, de mobilisation et de défense face à une agression ou une menace. (...) elle se caractérise par sa fonction adaptative. (...) si elle est trop intense,

prolongée ou répétée à de courts intervalles, elle ne peut s'exercer dans sa modalité optimale et suscite alors des conduites de stress dépassé. »

Un traumatisme psychique ou psychotraumatisme est une effraction dans la psyché d'un sujet par un agent extérieur : l'événement traumatisant. Celui-ci, soudain et violent, vient menacer brutalement l'intégrité physique et mentale de l'individu (Cordier, Sylvestre et Leyrie, 1994 ; Crocq, 1992).

6.1. Psychotraumatismes de type 1

Ils font suite à un événement traumatisant unique. Cet événement peut tout à fait constituer en une victimisation de l'enfant. En fonction du délai de survenue des symptômes, on distingue parmi ces psychotraumatismes de type 1 les réactions immédiates illustrées par la réaction aiguë à un facteur de stress de la CIM-10 (WHO, 2007), les troubles post-immédiats (Crocq et Doutheau, 1995) s'apparentant aux troubles de l'adaptation du DSM-IV (APA, 1994), des troubles du sommeil ou des troubles anxieux, ainsi que l'état de stress post-traumatique (ESPT) sur lequel nous nous focaliserons dans cette section. L'état de stress aigu pourrait se définir comme une forme précoce et brève d'ESPT (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

L'ESPT est le plus caractéristique des troubles observables dans le cadre des psychotraumatismes de type 1. Le sujet atteint d'ESPT est exposé à un traumatisme majeur unique et développe un syndrome typique sur une durée de temps minimale.

L'enfant présentant un ESPT a, à un moment donné, été exposé à un événement stressant durant lequel lui-même ou d'autres personnes autour de lui, ont été menacés de mort ou de blessures graves, ou en ont réellement été victimes. Cet événement provoque en général une réaction de désorganisation ou d'agitation chez l'enfant.

L'ESPT consiste en une triade de symptômes ayant leur spécificité chez l'enfant (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999) :

- a. Un syndrome de reviviscence où l'événement traumatisant est constamment revécu : chez l'enfant, ces reviviscences peuvent se manifester par un jeu répétitif, voire des remises en acte de l'événement traumatique. On peut également observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme ou de l'un de ces aspects, se traduisant par des *flash-back* saisissants ou des reviviscences proprioceptives, tactiles ou olfactives. Enfin, les cauchemars reproduisant la scène du traumatisme, classiquement retrouvés chez l'adulte, sont rares chez les enfants qui présentent plutôt des rêves effrayants au contenu méconnaissable (APA, 1994 ; Terr, 2003).

- b. Des manifestations d'évitement des stimuli relatifs au traumatisme, associées à un émoussement de la réactivité générale : l'évitement chez l'enfant se manifeste volontiers par des peurs dont l'objet, lié au traumatisme, est spécifique. Quant à l'émoussement affectif, il est moins retrouvé chez l'enfant que chez l'adulte. On observe plutôt un pessimisme chez ces enfants, persuadés que d'autres événements traumatiques vont se produire, avec un sentiment de perte de confiance envers les adultes habituellement protecteurs (APA, 1994 ; Terr, 2003).
- c. Une hyperactivité neurovégétative persistant après le traumatisme : elle s'exprime chez l'enfant par des troubles du sommeil, une irritabilité et des accès de colère, un état d'alerte, une hypervigilance et des réactions exagérées de sursaut, des troubles de l'attention ou de la concentration se répercutant sur la scolarité, des plaintes somatiques inhabituelles dans leur fréquence (APA, 1994 ; Amaya-Jackson et March, 1995).

Une autre spécificité est que les enfants atteints d'ESPT se souviennent généralement très bien de l'événement traumatique qu'ils ont vécu, contrairement aux adultes qui souffrent souvent d'une amnésie psychogène. En revanche, chez l'enfant, on constate des distorsions des cognitions et des perceptions se traduisant par un désordre dans la chronologie des faits ainsi que des interprétations erronées concernant le déroulement de l'événement traumatique (Terr, 2003).

En plus des symptômes de la triade décrite précédemment, les enfants atteints d'ESPT présentent fréquemment des troubles associés :

- des troubles anxieux à type d'obsessions, de phobie sociale, de phobies spécifiques, d'anxiété généralisée, d'attaques de panique voire de trouble panique, d'anxiété de séparation (Yule, Udwin et Murdoch, 1990),
- des troubles de l'humeur tels des états dépressifs majeurs (Yule, Udwin et Murdoch, 1990),
- des comportements perturbateurs (Najarian et coll., 1996),
- des troubles somatoformes et des symptômes de conversion (Bailly, Golse et Soulé, 1995),
- des comportements de type régressif : énurésie ou encoprésie secondaires, reprise de la succion du pouce (Bailly, Golse et Soulé, 1995 ; Terr, 2003).

6.2. Psychotraumatismes de type 2

Ils font suite à une exposition prolongée ou répétée à des événements particulièrement destructeurs (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999). Contrairement aux psychotraumatismes de

type 1 où l'événement traumatisant est unique, il n'y a pas, dans le type 2, de surprise liée aux événements délétères successifs, l'enfant étant plutôt résigné quant à leur confrontation.

Les événements en question se rapportent à des victimisations à type de maltraitance grave, sévices physiques et abus sexuels répétés, mais également la guerre, les tortures et l'internement en camp dans des régimes totalitaires (Bailly, Golse et Soulé, 1995 ; Terr, 2003).

Ces psychotraumatismes de type 2 comportent des symptômes retrouvés dans le type 1 :

- syndrome de répétition s'exprimant par des reviviscences diurnes et nocturnes plus fréquentes ainsi que des remises en acte plus marquées,
- phobies spécifiques,
- manifestations d'évitement,
- comportement pessimiste avec défaut de confiance envers les gens ou l'avenir,
- hyperactivité neurovégétative prononcée,
- tableaux d'état dépressif majeur (Terr, 2003).

Certaines manifestations cliniques sont en revanche spécifiques de ces psychotraumatismes de type 2.

L'évitement retrouvé dans le type 1 fait place ici à un déni majeur du traumatisme accompagné d'un repli socio-affectif bien plus marqué que dans la description précédente. Cette indifférence émotionnelle est notamment retrouvée dans les cas d'hospitalisme des nourrissons ainsi que dans certaines situations de sévices chez des tout-petits (Terr, 2003).

On peut retrouver chez ces enfants des troubles dissociatifs tels que des amnésies de certaines périodes de l'enfance, un manque d'empathie, une indifférence à la douleur, une anesthésie corporelle ou émotionnelle, des hallucinations auditives ou visuelles, une dépersonnalisation. Ces phénomènes permettent d'éviter la confrontation à une situation rappelant ou symbolisant le scénario traumatique (Terr, 2003 ; Vila, 2013).

Des manifestations d'irritabilité sévère avec conduites destructrices sont également retrouvées. On citera en particulier des conduites auto- ou hétéro-agressives, des tentatives de suicide, des conduites à risque, des conduites addictives. L'enfant peut à l'inverse présenter des comportements de passivité extrême qui peuvent facilement l'exposer à des situations dangereuses (Yule, Udwin et Murdoch, 1990).

Enfin, on peut observer de façon précoce le développement de traits de personnalités pathologiques, appartenant plutôt au cluster B du DSM-IV (APA, 1994 ; Amaya-Jackson et March, 1995).

6.3. Epidémiologie de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant

Les études épidémiologiques de l'ESPT font état d'une prévalence élevée chez l'enfant. La fréquence de survenue du trouble est variable en fonction de l'événement initial stressant et le temps qui s'est écoulé depuis (Yule, Udwin et Murdoch, 1990).

Les filles semblent plus touchées que les garçons. Si certains symptômes traumatiques peuvent être repérés chez des enfants après un traumatisme subi dès la première année de vie, les ESPT complets sont repérables à partir de quatre à cinq ans. Des comorbidités anxieuses et dépressives sont fréquemment retrouvées. Les ESPT de l'enfant ont le plus souvent des formes incomplètes, appelés syndromes de stress post-traumatique (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

6.4. Prise en charge de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez l'enfant

Elle est fondée sur l'alliance thérapeutique afin de ne pas provoquer une anxiété supplémentaire. L'approche du traumatisme passe par des supports divers variant avec l'âge : jeux, dessins chez les plus jeunes ; mises en scène, récits oraux ou écrits pour les adolescents.

Cette prise en charge doit de préférence être réalisée en équipe afin que les réactions d'un thérapeute unique ne viennent pas entraver la relation thérapeutique.

a. Aspects préventifs :

Le débriefing psychologique, intervention préventive de crise d'origine anglo-saxonne, consiste à mobiliser de façon précoce les émotions de l'enfant à la suite d'un traumatisme (Yule, 1994). Cette technique a pour objectif de prévenir le figement traumatique du souvenir et le développement de symptômes post-traumatiques. C'est au cours de ce débriefing, généralement réalisé en groupe, sur une ou plusieurs séances, que l'information sur les risques et les conduites à tenir est donnée. Il s'agit d'évoquer l'avenir pour ne plus se focaliser sur l'événement traumatique. C'est également à ce moment-là que les sujets fragiles, susceptibles de développer par la suite un authentique ESPT, peuvent être repérés et orientés. Les parents sont impliqués au moyen d'informations sous la forme de groupes de parole (Gillis, 1993).

Cependant, le débriefing psychologique ne permet pas de prévenir l'apparition d'une authentique pathologie post-traumatique, même réalisé le lendemain de l'événement traumatique. A défaut de réduire la fréquence de l'ESPT, il pourrait permettre de diminuer l'intensité des troubles. Il contribue à minimiser la culpabilité de la victime ainsi que la sur-victimisation et informe

sur les bénéfiques d'une éventuelle prise en charge ultérieure (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

Dans les cas d'enfants victimes d'attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs, la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) permet une prise en charge immédiate des « blessés psychiques » grâce à des techniques de *defusing*, sorte de débriefing sommaire incitant à la verbalisation de l'expérience émotionnelle pour en initier la maîtrise rétrospective (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

Les associations de victimes sont indispensables dans la prise en charge, à la fois pour les enfants et leurs parents (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999). Elles offrent un soutien à la victime et son entourage, parfois sur le principe d'un groupe de parole, et permettent de guider la victime dans ses démarches qui constituent un véritable « parcours du combattant ». L'Institut National d'Aide aux Victimes Et de Médiation (INAVEM) est une association nationale fondée en 1986 dans le but de promouvoir la création et de regrouper les associations d'aide aux victimes sur la base du bénévolat. Il regroupe 140 associations sur l'ensemble du territoire français et fait le lien entre les victimes, le parquet, le barreau et le monde judiciaire en général, mais aussi avec le monde de la santé, du secteur social et avec les associations spécialisées. En favorisant une prise en charge multidisciplinaire, l'INAVEM permet de limiter le risque de maltraitance sociale des enfants victimes (Lopez, 2014).

b. Aspects curatifs :

Les traitements psychotropes sont généralement insuffisants dans la prise en charge de l'ESPT de l'enfant. Leur prescription s'adresse aux symptômes les plus aigus ou aux états dépressifs majeurs (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

L'essentiel de la prise en charge curative est psychothérapeutique. Elle peut se réaliser en groupe ou de façon individuelle.

Les groupes thérapeutiques sont indiqués dès lors que des enfants touchés par un même événement traumatique appartiennent à la même école ou la même communauté (Yule, 1994).

Ces psychothérapies de groupe peuvent se faire sur plusieurs modes : débriefing psychologique si celui-ci n'a pas encore été réalisé au stade préventif (Yule, 1994), thérapies cognitivo-comportementales (Yule, 1994), techniques de psychodrame (Bailly, Golse et Soulé, 1995), de jeux de rôle, de dessins ou d'activités artistiques en groupe (Amaya-Jackson et March, 1995). Elles permettent le dépassement et l'élaboration du traumatisme avec restauration de la

capacité de maîtrise, tout en bénéficiant de l'expérience de chacun (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

La constitution de groupes de parents est également conseillée afin de gérer leurs propres préoccupations et d'apprendre à comprendre et soutenir au mieux leurs enfants (Yule, 1994).

Cette approche de groupe est particulièrement indiquée si l'ensemble des membres d'une famille ont été affectés par un même événement traumatique ou dans le cas d'un événement traumatique intrafamilial (Allen et Bloom, 1994), à condition que des mesures aient été prises pour protéger la victime (cf infra).

Dans le cas d'une symptomatologie trop sévère chez un enfant, il est préférable de le sortir du groupe afin de débiter une psychothérapie individuelle.

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) reposent sur des techniques de désensibilisation et d'inoculation du stress. Elles permettent de diminuer l'anxiété et de faire face aux situations entraînant des manifestations d'évitement. Citons des techniques comme la relaxation, la gestion du stress, la résolution de problèmes ou la correction de déficits de compétences sociales par l'affirmation de soi ou la prescription de tâches. Afin de corriger les distorsions cognitives chez des enfants atteints de psychotraumatismes, des techniques de restructuration des cognitions (Shapiro, 1995) peuvent également être utilisées. Les TCC seraient notamment efficaces sur les symptômes de reviviscence des ESPT (Solomon, Gerrity et Muff, 1992).

Les thérapies d'approche psychodynamique permettent de créer une relation de transfert dans laquelle l'enfant « rejoue » sa névrose traumatique (Bailly, Golse et Soulé, 1995) et agissent sur les compulsions de répétition qui la caractérisent (Allen, 1994). Ce transfert favorise les processus d'association et de symbolisation réinscrivant ainsi le traumatisme dans l'histoire de l'enfant.

D'autres techniques ont montré un intérêt dans le traitement de l'ESPT de l'enfant. C'est le cas de l'hypnose ericksonienne pour les manifestations anxieuses associées au trouble (Vila, 2013). L'*eye-movement desensitization and reprocessing* (EMDR) est également indiqué (Shapiro, 1995). Cette technique vise un retraitement de l'information et une désensibilisation aux souvenirs traumatiques grâce à des mouvements oculaires rapides par analogie à ceux du sommeil paradoxal. Son inventeur, Shapiro, en propose des applications chez l'enfant avec des séances plus courtes que chez l'adulte et des mouvements oculaires obtenus grâce à des jouets ou des instruments de musique simples agités alternativement de part et d'autre du patient.

7. Aspects médico-légaux

Cette section s'inspire de l'ouvrage *La victimologie* de Lopez (2014).

La prise en charge judiciaire de la victime constitue un véritable « parcours du combattant » nécessitant un accompagnement particulier pour le mineur.

La Protection de l'enfance figure dans le cadre général de la Procédure pénale et de la Procédure civile et la loi prévoit des dispositions particulières qui se sont constamment améliorées depuis l'ordonnance du 22 décembre 1958.

Depuis la loi n°89-487 du 10 juillet 1989, le président des conseils généraux se voit confier les missions de protection et de prévention des sévices à l'égard des mineurs.

Avec la loi n°98-468 du 17 juin 1998, des dispositions ont été prises dans le Code pénal et le Code de procédure pénale concernant les infractions de nature sexuelle sur des mineurs : expertise médico-psychologique des victimes, enregistrement audiovisuel de l'audition du mineur, assistance du mineur par un médecin spécialiste, un psychologue ou un administrateur *ad hoc*. Ce dernier intervient lorsque les intérêts de la protection du mineur victime, ne pouvant se constituer lui-même partie civile, ne sont pas complètement assurés par ses représentants légaux (ceux-ci pouvant parfois être les auteurs de l'infraction sur le mineur). L'administrateur *ad hoc* est désigné par le procureur ou le juge d'instruction. Quant à l'examen initial, il est essentiel car il permet de réunir des informations et des preuves et donne lieu à la rédaction d'un certificat médical constatant les lésions et les troubles psychologiques initiaux, servant de base à l'ouverture de droits (fonds national de garantie) en vue de réparation et de procès.

La législation fait le lien depuis 2007 entre la protection sociale et la protection judiciaire de l'enfance. Des dispositions ont également été prises au sujet des dispositifs d'interventions, de l'éducation et de la protection des enfants contre les dérives sectaires.

Dans le cas d'une indemnisation importante du mineur, le représentant légal de l'enfant peut disposer du capital sous contrôle d'un tuteur nommé par le juge des tutelles. L'enfant pourra en disposer librement au moment de sa majorité.

Dans le cas d'une procédure pénale, l'enfant ne peut directement se constituer partie civile devant la juridiction pénale et doit forcément passer par un représentant légal ou un administrateur *ad hoc*. Le mineur peut choisir lui-même son avocat par l'intermédiaire de son représentant qui désignera de préférence un avocat spécialisé dans le droit des mineurs. L'avocat accompagne

l'enfant, lui explique la procédure, l'assiste chez le juge d'instruction, s'oppose à certains actes d'instruction et peut demander des investigations complémentaires. C'est également à lui de saisir la commission d'indemnisation des victimes d'infraction (CIVI).

Dans le cas d'une procédure civile : le mineur ne peut davantage être parti au procès mais peut être directement assister par un avocat.

Chaque citoyen est tenu de signaler aux autorités judiciaires ou administratives les enfants exposés à un danger ou victimes d'un danger sous peine de poursuites pénales (art. 434-1 et 434-3 du Code pénal). Ce signalement des enfants en danger doit bien sûr être distingué de l'obligation de porter assistance aux personnes en péril. Il n'est en principe que dérogatoire pour les professionnels de santé soumis au secret professionnel mais ceux-ci sont en revanche tenus, sous peine de sanctions pénales, de prendre les mesures de protection efficaces pour éviter la commission ou la répétition des violences (art. 223-6 du Code pénal). Lorsqu'un certificat de signalement est rédigé, il doit être adressé par télécopie au tribunal de grande instance avec confirmation téléphonique de la réception. Un double du signalement est adressé au président du conseil général, selon les dispositions de la loi du 5 mars 2007. A l'issue de l'enquête de police judiciaire, le procureur de la République peut décider de transmettre le dossier à un juge d'instruction. Il peut également saisir le juge des enfants au titre de l'assistance éducative en avisant le président du conseil général. Il peut enfin intervenir en urgence en plaçant l'enfant ou en décidant de son hospitalisation en prenant une Ordonnance de Placement Provisoire (OPP).

Selon l'article L. 226-3 du Code de l'action sociale, le président du conseil général est chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et quelle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être. Le représentant de l'Etat et l'autorité judiciaire lui apportent leur concours. L'évaluation de la situation est confiée au service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Cette évaluation peut ensuite donner lieu à la mise en place d'une aide éducative à domicile (AED), d'une aide éducative en milieu ouvert (AEMO), voire d'un placement de l'enfant. Si l'ASE ne peut intervenir ou si son intervention est un échec, le procureur de la République doit en être avisé par le président du conseil général.

- ➔ Une victime correspond à un individu qui a subi un dommage reconnu par une loi, un texte ou un règlement.
- ➔ La victimologie infantile est une discipline récente se distinguant de la victimologie générale.
- ➔ Du fait de sa position de dépendance, la victimisation est fréquente chez l'enfant avec une prévalence allant jusqu'à 58% dans la population générale.
- ➔ La victimisation de l'enfant prend différents visages en fonction de sa fréquence, de l'âge et du sexe de l'enfant mais aussi en fonction de l'acte perpétré.
- ➔ Il existe différents types de victimisation chez l'enfant : victimisation liée à la criminalité classique, mauvais traitements à l'égard des enfants, victimisation par les pairs et la fratrie, victimisation sexuelle, victimisation indirecte, victimisation par Internet.
- ➔ Certains sujets sont susceptibles d'être plus victimisés que d'autres du fait de la présence de facteurs de risque victimaires biologiques, psychologiques ou sociaux.
- ➔ La poly-victimisation se définit par la survenue d'au moins quatre victimisations au cours de l'année précédente.
- ➔ La principale conséquence clinique de la victimisation chez l'enfant est l'état de stress post-traumatique, pathologie grave, nécessitant un traitement psychothérapeutique.
- ➔ La loi prévoit des dispositions particulières dans le cadre de la Protection de l'enfance depuis l'ordonnance du 22 décembre 1958.
- ➔ Dans le cas de certaines victimisations, notamment sexuelles, des mesures particulières sont à mettre en place pour l'enfant : accompagnement socio-judiciaire, expertise médico-psychologique, contact avec une association de victime.
- ➔ Il convient de signaler au procureur de la République les mineurs victimes ou exposés à un danger et d'adresser au président du conseil général toute information préoccupante relative à un mineur en danger ou en risque de l'être.
- ➔ Afin de protéger les enfants en danger, différentes procédures existent : aide éducative à domicile, aide éducative en milieu ouvert, placement, hospitalisation dans le cadre d'une Ordonnance de Placement Provisoire.
- ➔ Les caractéristiques des troubles du spectre de l'autisme rappellent un certain nombre de facteurs de risque victimaires et constituent un domaine de recherche intéressant au plan de la victimologie infantile.

III. REVUE DE LA LITTÉRATURE SUR L'ASSOCIATION ENTRE VICTIMISATION ET TSA CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Les troubles neuro-développementaux du spectre de l'autisme sont marqués par des difficultés au plan des interactions sociales et de la communication et par des intérêts restreints chez l'enfant qui en est porteur. Ces troubles, de par le handicap, les différences et la bizarrerie qu'ils entraînent, sont susceptibles d'être un motif de discrimination et un facteur de victimisation potentielle, notamment en milieu scolaire.

Après avoir rappelé les données actuelles sur les TSA et la victimologie infantile, il s'agit maintenant de regarder les éléments de la littérature associant ces deux domaines d'intérêt. La victimisation dans le cadre de la maladie mentale dans sa globalité sera abordée dans un premier temps, puis les données sur les différents types de victimisation dont les enfants et adolescents avec TSA peuvent être la cible seront exposées.

1. Victimisation et maladie mentale

1.1. Chez l'adulte

Selon Teplin et coll. (2005), de plus en plus de personnes présentant un trouble mental grave vivent aujourd'hui en communauté, où le risque de victimisation est important. Cette victimisation serait un problème majeur de santé publique au sein de cette population.

Dans une étude randomisée et contrôlée, réalisée aux Etats-Unis, ces auteurs ont interrogé 936 patients provenant de 16 centres de santé mentale au moyen des instruments du *National Crime Victimization Survey* (NCVS) faisant l'inventaire des événements criminels auxquels ces individus auraient pu être exposés. Ces données étaient comparées à celles de l'enquête NCVS réalisée au sein de la population générale (32 449 sujets). Les résultats montraient que plus d'un quart des personnes atteintes de trouble mental sévère avaient été victimes d'un crime violent au cours de la dernière année, avec un risque de victimisation multiplié par 11 par rapport à la population générale après ajustement sur les caractéristiques socio-démographiques. L'incidence de ce type d'événement au sein de la population malade était quatre fois plus importante que dans la population générale.

Dans une revue de la littérature, neuf études comprenant 5195 patients avec trouble mental sévère rapportaient des prévalences de victimisation allant de 4 à 35%. Ces prévalences étaient jusqu'à 140 fois supérieures à celle de la population générale (Maniglio, 2009).

Dans une autre revue, sur 34 études, on retrouvait des prévalences de victimisation allant de 7 à 56% chez des personnes avec trouble mental sévère (Latalova, Kamaradova et Prasko, 2014).

Brekke et coll. (2001) retrouvaient une prévalence de victimisation de 38% dans une population de 172 individus avec schizophrénie sur une période de trois ans aux Etats-Unis.

Darves-Bornoz et coll. (1995) ont montré que les femmes atteintes de schizophrénie et de trouble bipolaire étaient à risque de victimisation sexuelle avec une prévalence retrouvée de 23% sur la vie entière pour ce type de victimisation dans une population de 90 femmes souffrant de ces troubles. Une plus forte corrélation avec des troubles liées à l'usage de substances ainsi qu'une plus grande répétition de ces victimisations sexuelles étaient constatées parmi les patientes avec schizophrénie comparativement aux patientes avec trouble bipolaire.

Brown-Lavoie, Viecil et Weiss (2014) ont montré que les adultes avec TSA étaient plus à risque de victimisation sexuelle. Après administration du *Sexual Experiences Survey, Victimization version* chez 95 adultes avec TSA et 117 adultes sans TSA, les résultats montraient que 78% des sujets avec TSA avaient subi au moins une victimisation sexuelle contre 47,4% dans le groupe témoin.

1.2. Chez l'enfant

Selon la littérature, victimisation et maladie mentale semblent être également fortement liées chez l'enfant.

Les troubles mentaux ont longtemps été considérés comme une conséquence directe de la victimisation. Cependant, peu d'études ont été réalisées sur la relation inverse, c'est-à-dire le fait que ces mêmes troubles mentaux puissent être un facteur de risque de victimisation.

Cyr, Clément et Chamberland (2013) ont cherché à savoir si la poly-victimisation était pourvoyeuse de symptômes psychiatriques dans une population d'enfants en utilisant le *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ ; Hamby et coll., 2004). Les résultats ont montré une association entre les scores de poly-victimisation sur la vie entière et les scores de dépression, d'anxiété et d'irritabilité ou agressivité.

Selon Ford, Wasser et Connor (2011), les enfants ayant des troubles psychiatriques sont à risque de poly-victimisation et les enfants poly-victimisés hospitalisés en milieu psychiatrique présentent des symptômes de maladie mentale particulièrement sévères. Au cours de leur étude, ces auteurs ont recensé près d'un quart (22,8%) de l'ensemble des 295 enfants admis dans une

clinique psychiatrique entre 2007 et 2009 et qui présentaient une poly-victimisation. Le seul diagnostic psychiatrique significativement associé à cette poly-victimisation était l'état de stress post-traumatique (ESPT).

Cuevas et coll. (2009) rapportent également que la recherche sur la maltraitance infantile, qu'elle soit physique ou sexuelle, a montré une association entre victimisation et diagnostics psychiatriques (ESPT, dépression).

En utilisant le JVQ (Hamby et coll., 2004), ces auteurs se sont intéressés aux troubles mentaux comme facteurs de risque de victimisation et ont étudié leur relation avec différentes formes de victimisation au sein d'une population d'enfants en interrogeant leurs parents. Les résultats ont montré que les enfants avec un diagnostic psychiatrique avaient un taux de victimisation significativement plus élevé que les enfants sans diagnostic psychiatrique. Les auteurs ont notamment trouvé qu'un diagnostic psychiatrique augmentait fortement le risque de poly-victimisation ainsi que de victimisation par criminalité classique (agression physique, vol, vandalisme), maltraitance, victimisation par les pairs ou la fratrie, victimisation indirecte par exposition à la violence. En revanche, il n'y avait pas d'association entre diagnostic psychiatrique et victimisation sexuelle. Les auteurs concluaient que les troubles mentaux et les diagnostics psychiatriques constituaient un facteur de risque de victimisation passée et future chez l'enfant.

Bouvard (2004) a montré qu'au sein d'une population de 83 enfants et adolescents avec diagnostic psychiatrique, le type de victimisation était différent en fonction de la pathologie de l'enfant. La victimisation par *bullying*, se traduisant par une agressivité sur le long terme d'un ou plusieurs enfants sur un autre (cf supra), était associée aux diagnostics de tics et d'énurésie. La victimisation par maltraitance de la part des parents était liée aux diagnostics de Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H), de Trouble Opposition Provocation (TOP) et de trouble des conduites. La victimisation par maltraitance de la part des enseignants était associée aux troubles anxieux.

a. Victimisation et TDA/H

Les mauvais traitements à l'égard des enfants et la victimisation par les pairs sont fréquemment retrouvés parmi les enfants et adolescents avec TDA/H.

Concernant la victimisation par les pairs, Chou et coll. (2014) retrouvaient une prévalence de victimisation par *bullying* allant jusqu'à 20% au sein d'une population de 287 adolescents avec TDA/H. Une corrélation était rapportée entre la sévérité de la victimisation et la présence d'un trouble du spectre de l'autisme comorbide. Dans l'étude de Yen et coll. (2014), la prévalence de victimisation par *cyberbullying* était de 19% sur une population de 251 adolescents avec TDA/H.

La maltraitance est également plus fréquente parmi les enfants et adolescents avec TDA/H. L'occurrence de ce type de victimisation au sein de cette population serait d'autant plus importante avec la présence d'un TOP comorbide ou de troubles du comportement. Des taux de 40% de négligence, 30% de maltraitance physique et de 5% d'abus sexuels se retrouvent chez les enfants TDA/H (Prayez et coll., 2011 ; Ouyang et coll., 2008). Dans une étude retrospective contrôlée utilisant le *Child Abuse Self Report Scale* (Mohammadi, 2003) sur une population de 30 étudiants avec TDA/H, les résultats montraient que les antécédents de négligence, de maltraitance physique et de maltraitance psychologique étaient significativement plus fréquents parmi les participants avec TDA/H comparativement aux participants témoins (Hadianfard, 2014).

b. Victimisation et anxiété

Une association est également retrouvée dans la littérature entre victimisation et anxiété. Après avoir recensé 340 cas (10,6%) de phobie sociale au sein d'une population de 3211 adolescents en Suède, Gren-Landell et coll. (2011) ont retrouvé des taux de victimisation globale sur la vie entière plus élevés parmi les adolescents avec phobie sociale comparativement aux adolescents sans phobie sociale. La victimisation était évaluée au moyen du JVQ (Hamby et coll., 2004). Une différence significative était également retrouvée concernant les prévalences de la maltraitance, de la victimisation par les pairs et la fratrie et de la victimisation sexuelle, plus élevées dans la population d'adolescents avec phobie sociale par rapport aux adolescents sans phobie sociale.

c. Victimisation et déficience intellectuelle (DI)

Les enfants avec DI sont aussi victimes, en particulier de *bullying*. L'étude de Blake et coll. (2012) retrouvait une prévalence de victimisation allant de 29,1 à 41,3% au sein d'une population de 1234 enfants et adolescents avec DI.

Dans une étude de Mayes et coll. (2015), la prévalence de la victimisation par les pairs a été mesurée au sein d'une population de 1512 enfants et adolescents avec un diagnostic psychiatrique dont 230 avec DI. Les sujets avec DI étaient les seconds participants les plus victimisés avec une prévalence de 63,9% derrière les sujets avec TSA. La prévalence de victimisation chez les sujets témoins était de 16,7% (n = 186).

2. Victimisation et TSA chez l'enfant et l'adolescent

Les enfants et adolescents porteurs de TSA présentent des anomalies dans le développement normal des interactions sociales et des relations ainsi que dans la compréhension du comportement des autres (Frith et Hill, 2004). C'est pourquoi ils seraient plus à risque d'être victimisés. En effet, les enfants avec TSA présentent un déficit en théorie de l'esprit, c'est-à-dire en la capacité d'attribuer un statut mental à soi-même ou aux autres afin de pouvoir expliquer ou prédire un comportement (cf supra). Ces statuts mentaux sont variables : croyances, désirs, intentions, perceptions, imagination, émotions. Ces enfants ont donc des difficultés à comprendre des situations sociales complexes et à interpréter les intentions d'autrui. Ils sont alors susceptibles de ne pas reconnaître des situations où ils sont victimisés et d'y être *a fortiori* plus exposés.

Ceux qui sont scolarisés en milieu ordinaire sont également à risque de victimisation du fait de leur troubles de la communication, de leurs comportements stéréotypés et de leurs intérêts restreints (Haq et Le Couteur, 2004). La littérature rapporte des altérations de la coordination motrice à tous les niveaux chez ces sujets (Gowen et Hamilton, 2013), susceptibles d'aggraver la stigmatisation par leurs pairs (Bejerot et Mörtberg, 2009 ; Bejerot et Humble, 2013). Ils ont aussi des difficultés pour se créer des amitiés (Bauminger et Kasari, 2000 ; Chamberlain, Kasari et Rotheram-Fuller, 2007 ; APA, 2013), ce qui est un facteur de risque de victimisation (Hodges et coll., 1999). En effet, la présence d'amis autour d'un enfant le rend moins marginal au sein de son milieu et diminue son risque d'être victimisé (Gray, 2004).

La recherche sur la victimisation des enfants et adolescents avec TSA se focalise principalement sur la prévalence du *bullying* au sein de cette population. D'autres études s'intéressent également aux mauvais traitements à l'égard de ces sujets. Il n'a pas été retrouvé de travaux concernant les autres formes de victimisation ou la poly-victimisation chez les jeunes avec TSA.

2.1. Bullying et TSA

Parmi les formes de victimisation décrites chez l'enfant, le *bullying* — ou victimisation par les pairs — intéresse particulièrement la recherche. Il s'agit d'une agressivité sur le long terme d'un ou plusieurs enfants sur un autre (Vila, 2013). Le *bullying* est surtout retrouvé en milieu scolaire. Il peut être physique, verbal ou émotionnel, relationnel ou encore lié à la dégradation de biens (Gladden et coll., 2014). Les enfants et adolescents avec TSA peuvent en être des cibles potentielles, l'agresseur choisissant sa victime en raison de sa faiblesse ou de sa différence.

Rose, Monda-Amaya et Espelage (2010), après revue de la littérature sur 32 articles, ont montré que la victimisation par les pairs avait une prévalence plus élevée parmi les enfants et

adolescents avec handicap comparativement à ceux de développement typique. En outre, les enfants et les adolescents ayant des besoins spécifiques en matière de santé présentent un risque plus élevé de *bullying* pour deux raisons : ils sont socialement moins compétents (Whitney, Nabuzoka et Smith, 1992) et ont moins d'amitiés (Martlew et Hodson, 1991).

Au total, 20 études explorant la prévalence de la victimisation par les pairs chez les enfants et adolescents avec TSA ont été retrouvées dans la littérature entre 2002 et 2015 (cf annexe 1.). Deux d'entre elles utilisaient le *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ ; Hamby et coll., 2004) afin de mesurer cette victimisation. Cette section s'inspire des revues de la littérature de Sreckovic, Brunsting et Able (2014) et de Schroeder et coll. (2014).

Little (2002) a étudié la prévalence du *bullying* par les pairs et la fratrie ainsi que l'exclusion par les pairs au sein d'une population de 411 enfants et adolescents avec TSA et/ou trouble des apprentissages non verbal. La victimisation par *bullying* était mesurée en interrogeant les parents au moyen du JVQ (Hamby et coll., 2004) et trois questions supplémentaires étaient posées afin d'objectiver l'exclusion. Les résultats montraient une prévalence du *bullying* de 94%, une exclusion fréquente ainsi qu'une association significative entre *bullying* et exclusion.

Wainscot et coll. (2008) ont interrogé 57 enfants et adolescents dont 30 avec TSA sur une éventuelle victimisation par leurs pairs. L'occurrence du *bullying* était recherchée en demandant aux participants s'ils pensaient que quelqu'un, au sein de leur classe, leur en voulait, et pourquoi (?) Les résultats montraient que 90% des enfants et adolescents avec TSA (dont 87%, au moins une fois par semaine) avaient été victime de *bullying* contre seulement 56% parmi les enfants et adolescents sans TSA.

Carter (2009) a mesuré la victimisation par *bullying* au sein d'une population de 34 enfants et adolescents avec TSA. L'auteur utilisait la même méthode de mesure que Little (2002), à savoir le JVQ (Hamby et coll., 2004), ainsi que des questions sur l'exclusion, auprès des parents des participants. Les résultats retrouvaient une prévalence de victimisation allant jusqu'à 64,7% au sein de cette population d'enfants et adolescents avec TSA.

Van Roekel, Scholte et Didden (2010) ont mesuré la prévalence du *bullying* au sein d'une population de 230 adolescents avec TSA. Ces auteurs ont également étudié le rôle de la théorie de l'esprit dans la perception et la compréhension du *bullying* par ces adolescents. Il s'agissait d'une étude contrôlée dont les données étaient obtenues au moyen d'un auto-questionnaire, en montrant des extraits vidéo aux participants et en leur faisant réaliser des tâches sur la théorie de l'esprit. Les résultats montraient une prévalence de victimisation allant de 7 à 30% au sein de la population. Il n'y avait en revanche pas de différence de perception du *bullying* entre le groupe avec TSA et le groupe témoin.

Twyman et coll. (2010) ont recherché une victimisation par *bullying* au sein d'une population de 294 enfants et adolescents dont 32 avec TSA. Parmi les autres participants il y avait,

entre autres, des sujets avec Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H) (n = 100) et un groupe constitué de sujets témoins (n = 73). Les mesures étaient effectuées avec la *Bully-Victimization Scale* (Reynolds, 2003) et l'*Ostracism Student Screen* (Saylor et Leach, 2009). Les résultats retrouvaient une prévalence de victimisation par *bullying* de 29% au sein du groupe de sujets avec TSA, identique à celle retrouvée au sein du groupe de sujets avec TDA/H mais trois à quatre fois supérieure comparativement au groupe témoin.

Symes et Humphrey (2010) ont effectué une étude contrôlée sur une population de 120 adolescents repartis en trois groupes : 40 sujets avec TSA, 40 sujets avec dyslexie et 40 sujets sans besoin spécifique en matière d'éducation. Une victimisation par *bullying* était recherchée par l'intermédiaire du *My Life in School Questionnaire* (Arora & Thompson, 1987). Les résultats montraient que le *bullying* était significativement plus fréquent chez les adolescents avec TSA comparativement aux deux autres groupes.

Kowalski et Fedina (2011) ont examiné la prévalence du *bullying* et du *cyberbullying* au sein d'une population de 42 enfants et adolescents avec TSA et TDA/H comorbide. Les sujets et leurs parents étaient interrogés. Les instruments de mesure utilisés étaient l'*Olweus Bully/Victim Questionnaire* (Olweus, 1996/2004) et l'*Electronic Bullying Questionnaire* (Kowalski et Limber, 2007). Une prévalence allant de 57 à 70,2% était retrouvée pour le *bullying* (dont 19% avec une fréquence de plusieurs fois par semaine). La prévalence du *cyberbullying* allait de 15 à 21,4%.

Blake et coll. (2012) ont réalisé une étude sur la victimisation par *bullying* au sein d'une population de 13 516 enfants et adolescents avec handicap. Parmi ces sujets, ceux avec TSA étaient au nombre de 1438 (11%), recrutés en milieu scolaire (ordinaire ou spécialisé). Les parents des participants étaient interrogés et il leur était demandé si leur enfant avait été victimisé par des pairs à l'école ou sur le chemin de l'école au cours de l'année courante ou de l'année précédente. Les prévalences de victimisation retrouvées étaient de 25,9% à l'école primaire ou équivalent, de 31% au collège ou équivalent et de 28,5% au lycée ou équivalent.

Cappadocia, Weiss et Pepler (2012) ont interrogé des parents d'enfants et adolescents porteurs de TSA sur la survenue d'une victimisation (n = 192). L'outil utilisé était le *Promoting Relationships and Eliminating Violence Network Assessment Tool – Parent Version* (PREVNet Assessment Working Group, 2008). Soixante-dix-sept pour cent des parents ont affirmé que leur enfant avait été victime de *bullying* sur le dernier mois. Les victimisations étaient corrélées à l'âge de l'enfant, à la présence de symptômes psychiatriques, aux difficultés de communication, à un faible nombre d'amitiés à l'école ainsi qu'à la présence d'un trouble psychiatrique chez un des parents.

Chen et Schwartz (2012) ont exploré le problème de la victimisation par *bullying* au sein d'une population de 33 enfants avec TSA âgés de 8 à 13 ans. Les parents, les enseignants et les sujets eux-même étaient interrogés au moyen du *Bullying Survey for ASD*, outil créé par les

auteurs. Une prévalence de victimisation de 28% était rapportée par les enfants interrogés, 36% par les parents et 12% par les enseignants.

Rowley et coll. (2012) ont réalisé une étude contrôlée comparant un groupe d'enfants avec TSA (n = 100) et un groupe témoin (n = 80) comprenant des enfants avec déficience intellectuelle, trouble du langage, trouble hyperkinétique et autres troubles neuro-développementaux. La victimisation était mesurée auprès des parents et des enseignants au moyen du *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1997), ainsi qu'avec l'*Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (module 3 ; Lord et coll., 1989) auprès des sujets. Les prévalences de victimisation rapportées respectivement par les parents et les enseignants étaient de 33% et 11,6% pour le groupe d'enfants avec TSA et de 15,2% et 9,5% pour le groupe témoin. Les participants eux-même rapportaient une victimisation dans 41,5% des cas.

Sterzing et coll. (2012) ont mené une étude contrôlée au sein d'une population de 900 adolescents avec TSA. Les données ont été obtenues en interrogeant les parents sur la dernière année passée à l'école. Les résultats montraient une prévalence de 46,3% de victimisation par *bullying*. Cette victimisation était corrélée à la présence d'un TDA/H comorbide, de faibles capacités d'interactions sociales, une certaine forme de capacité conversationnelle, ainsi qu'à un temps passé en milieu scolaire ordinaire plus élevé.

Storch et coll. (2012) ont mesuré la victimisation par les pairs au sein d'une population de 60 enfants avec TSA âgés de 11 à 14 ans au moyen du *Revised Peer Experiences Questionnaire* (Prinstein, Boergers et Vernberg, 2001). Des prévalences de 6,7% et 15% étaient respectivement retrouvées pour les victimisations par les pairs relationnelles et « réputationnelles ». Aucune victimisation directe n'avait été constatée au sein de l'échantillon.

Zablotsky et coll. (2013) ont recherché la présence de victimisation par les pairs au sein d'une population de 1221 enfants et adolescents avec TSA. Les parents des sujets étaient interrogés au moyen d'une question unique sur la survenue d'une victimisation au cours du mois précédent. Trente-huit pour cent des participants avaient été victimes de *bullying* et 28% avec une fréquence élevée.

Kloosterman et coll. (2013) ont réalisé une étude comparative portant sur une population de 70 enfants et adolescents répartis en trois groupes : 24 sujets avec TSA, 22 sujets avec trouble des apprentissages ou TDA/H et 24 sujets de développement typique ont été interrogés. Les mesures étaient effectuées avec le *Bully-victimization inventory* (Olweus, 1997) explorant quatre formes de *bullying*. Le *bullying* physique était retrouvé avec une prévalence de 29,2% chez les sujets avec TSA. Dans le cadre du *bullying* verbal (ou émotionnel), les prévalences chez les sujets avec TSA étaient respectivement de 41,7%, 12,5%, 16,7% et 29,2% pour les moqueries, le *bullying* lié au racisme, le *bullying* lié à la religion et le harcèlement sexuel verbal. Concernant le *bullying* relationnel, 45,8% des sujets avec TSA étaient exclus et 33,3% étaient victimes de rumeurs ou de manipulation. Le *cyberbullying* concernait 12,5% des sujets avec TSA, uniquement

par le biais d'Internet. La victimisation par *bullying* était significativement plus fréquente dans le groupe de sujets avec TSA que dans le groupe de sujets de développement typique.

Hebron et Humphrey (2013) ont mené une enquête auprès de 119 parents et 722 enseignants d'enfants et adolescents avec TSA. Les données sur la victimisation étaient recueillies par le biais du *Wider Outcomes Survey for Teachers/Parents* (Humphrey et coll., 2011). Les parents et les enseignants rapportaient respectivement une victimisation par *bullying* dans 77,7% et 65,4% des cas.

Zeedyk et coll. (2014) ont exploré la victimisation par les pairs au sein d'une population de 175 participants âgés de 13 ans : 44 sujets avec TSA, 39 sujets avec déficience intellectuelle (DI) et 92 sujets de développement typique (DT). La présence de *bullying* verbal, physique, relationnel était recherchée par un entretien semi-structuré avec les adolescents puis avec leur mère. La fréquence et la sévérité du *bullying* étaient étudiées avec une échelle allant de zéro à quatre. Un critère composite avait été créé par les auteurs afin de repérer une forme sévère et chronique de *bullying*. Soixante-quinze pour cent des adolescents avec TSA se considéraient victimes de *bullying* (65,6% de façon chronique), contre 48,5% et 41,6% dans les groupe avec DI et DT, respectivement. Les taux de victimisation rapportés par les mères des sujets TSA étaient encore plus élevés. La victimisation par *bullying* était significativement supérieure dans le groupe avec TSA comparativement aux deux autres groupes.

Pourre et coll. (2014) ont réalisé une enquête auprès de 48 adolescents avec TSA sans déficience intellectuelle. Plusieurs formes de *bullying* étaient explorées : *bullying* verbal, physique, relationnel et *cyberbullying*. La prévalence retrouvée pour l'ensemble de la victimisation était de 90%.

Fisher et Taylor (2015) ont mené une étude sur un échantillon de 30 adolescents avec TSA. La victimisation par les pairs était mesurée avec les questions relatives au *bullying* du module 4 de l'*Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (Lord et coll., 1989). Au total, 22 participants sur 30 (73%) considéraient avoir été victimes de *bullying*. Des questions ouvertes sur le type d'expériences victimisantes vécues par les participants ont montré que celles-ci ne correspondaient pas forcément aux victimisations habituellement évoquées dans les auto-questionnaires évaluant le *bullying*.

Mayes et coll. (2015) ont mesuré la victimisation par *bullying* au sein d'une population de 1512 enfants et adolescents avec diagnostic psychiatrique dont 329 sujets avec TSA et 186 sujets témoins. Les mesures étaient effectuées en interrogeant les mères des sujets au moyen de deux items du *Pediatric Behavior Scale* (Lindgren & Koepl, 1987) portant sur le *bullying* et la victimisation. Les résultats montraient que 75,7% des enfants et adolescents avec TSA étaient victimes de *bullying* et 43,5% souvent ou très souvent. Les résultats dans le groupe témoin étaient respectivement de 16,7% et 1,6% pour la victimisation totale et la victimisation fréquente à très fréquente.

2.2 Maltraitance et TSA

La maltraitance — ou mauvais traitements à l'égard des enfants — renvoie à différentes formes d'abus de l'adulte envers le jeune. Elle peut être physique, psychologique, voire sexuelle. Les comportements de négligence peuvent aussi être inclus dans cette forme de victimisation de l'enfant. Deux études explorant la maltraitance chez les enfants et adolescents avec TSA ont été retrouvées dans la littérature.

A la différence des travaux précédents sur le *bullying*, Mandell et coll. (2005) ont réalisé une étude afin de déterminer les facteurs démographiques et psychosociaux associés à la maltraitance physique et sexuelle au sein d'une population de 156 enfants avec TSA. Les données étaient collectées à partir du *Comprehensive Community Mental Health Services for Children and their Families Program*. Les résultats montraient que 18,5% des enfants avec TSA avaient été maltraités physiquement et 16,6% avaient subi une agression sexuelle. Chez les enfants victimes de maltraitance physique, les comportements d'hypersexualité ou d'abus sexuel, les tentatives de suicide, les troubles des conduites et les difficultés scolaires étaient plus fréquents. Les enfants victimes d'agression sexuelle avaient plus tendance à avoir des comportements d'hypersexualité ou d'abus sexuel, à avoir des conduites suicidaires ou de scarification, à avoir fugué de chez eux et à avoir été hospitalisés en milieu psychiatrique.

Duan et coll. (2015) ont recherché la prévalence de la victimisation par maltraitance au sein d'une population de 180 enfants avec TSA âgés de deux à cinq ans. Les données sur la survenue d'une maltraitance au cours des trois derniers mois étaient directement recueillies auprès des parents des participants au moyen de la *Child Physical Maltreatment Scale* (Ma et coll., 2011). Une maltraitance était rapportée dans 88% des cas dont 86% étaient concernés par une forme de maltraitance mineure et 36% par une forme de maltraitance sévère. Les résultats montraient une association entre la survenue d'une maltraitance sévère et l'âge de l'enfant, l'âge des premiers mots (retard de langage) et la sévérité du TSA.

3. Conséquences de la victimisation chez les enfants et adolescents avec TSA

Au vu de la littérature, la prévalence de la victimisation est relativement importante chez les jeunes avec TSA. Cette victimisation et en particulier le *bullying* en milieu scolaire n'est pas sans conséquences pour celles et ceux qui y sont exposés. Ainsi, on peut observer une dégradation de l'estime de soi chez l'enfant, ainsi qu'un fléchissement de ses performances scolaires (Reid et Batten, 2006). Des troubles du comportement internalisés et externalisés ont pu être décrits

(Parker et Asher, 1987). Les sujets les plus sévèrement victimisés peuvent aller jusqu'à se suicider (Olweus, 1993).

Un état de stress post-traumatique (ESPT) peut également apparaître dans les suites d'une victimisation. Nous nous intéresserons principalement à cette pathologie dans cette section. Cependant, peu de données ont été retrouvées dans la littérature quant à l'association entre ESPT et TSA.

Cook et coll. (1993) ont publié un rapport de cas sur cette association. Il s'agissait d'un adolescent de 12 ans dont le diagnostic de TSA avait été établi au moyen des critères DSM-III-R, de la passation d'une ADI et d'une CARS (*Childhood Autistic Rating Scale* ; Schopler, Reichler et Renner, 1988). Après avoir été admis dans une école spécialisée pour enfants avec TSA utilisant la « *Daily Life Therapy* » (modèle éducationnel développé par Kitahara à Tokyo en 1983), le sujet a rapporté avoir subi une maltraitance physique de la part d'un membre de l'équipe. Un examen psychiatrique avait objectivé la présence d'un ESPT. En plus d'une perte de poids importante, l'adolescent présentait des troubles du sommeil, une hypervigilance avec hyperactivité neurovégétative, une anxiété avec des conduites d'évitement ainsi qu'un syndrome de reviviscence. Les auteurs concluaient qu'un ESPT peut aussi bien survenir chez un enfant avec TSA que chez un enfant de développement typique, notamment en cas de maltraitance physique ou sexuelle.

Turk, Robbins et Woodhead (2005) ont également rapporté le cas d'un homme de 25 ans avec syndrome de l'X fragile et TSA, victime d'un accident de voiture. Ce sujet a par la suite présenté des symptômes évoquant un ESPT : insomnie avec terreurs nocturnes et énurésies, faisant évoquer des cauchemars (syndrome de reviviscence), comportements d'évitement (refus de monter à nouveau dans une voiture), irritabilité, recrudescence des stéréotypies, troubles du comportement auto- et hétéro-agressifs, hyperphagie.

Mehtar et Mukaddes (2011) ont recherché la présence d'un ESPT au sein d'une population de 69 enfants et adolescents avec TSA (53 garçons et 16 filles). Les mesures étaient effectuées avec l'échelle d'ESPT du *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children—Present and Lifetime Version* (Kaufman et coll., 1997). Au total, 18 scénarios traumatiques étaient retrouvés : neuf participants avaient été victimes ou témoins d'un accident ou d'une catastrophe, trois avaient été victimes de maltraitance physique et un avait été victime d'agression sexuelle. Parmi ces sujets, 12 (17%) remplissaient les critères diagnostiques de l'ESPT. Cette pathologie était significativement plus présente chez les filles que chez les garçons dans cette étude.

4. Discussion

En somme, un nombre relativement modéré d'études explorent la victimisation chez les enfants et les adolescents avec TSA dans la littérature. On remarque cependant que la grande majorité de ces travaux ont été réalisés au cours de ces cinq dernières années. Ceci illustre bien le récent intérêt pour cette question. On peut supposer que d'autres études apparaîtront dans les années à venir.

La littérature montre une prévalence non négligeable de la victimisation chez les enfants porteurs de TSA allant jusqu'à 94% selon les études (Little, 2002), bien supérieure à celle retrouvée dans la population générale (58% ; Finkelhor, 2013). Ces études montrent que la victimisation est un véritable problème chez les jeunes avec TSA et notamment la victimisation par les pairs. Les taux de *bullying* retrouvés sont globalement plus élevés que dans d'autres types de population (individus avec déficience intellectuelle ou de développement typique). Les résultats concernant la maltraitance sont également préoccupants et là encore, supérieurs comparativement à la population générale (Duan et coll., 2015 ; Finkelhor, 2013).

Toutefois, ces études sont très hétérogènes dans leur méthodologie : nombre de participants, instrument de mesure utilisé, période explorée, présence ou non d'un groupe témoin. Ceci incite à considérer ces résultats avec prudence. En outre, concernant les travaux examinant la victimisation par les pairs chez les enfants et adolescents avec TSA, les définitions du *bullying* sont également très variables.

Il est nécessaire de considérer le problème du recueil de la plainte chez les individus porteurs de TSA. En effet, les données ont été recueillies de façon subjective dans ces études, auprès de l'enfant lui-même ou de son entourage (parents ou enseignants). Dès lors, du fait des troubles de la communication et des difficultés dans la perception de l'environnement retrouvés dans les TSA, certaines victimisations peuvent ne pas être repérées. Car si une agression physique est facilement objectivable de par les stigmates qu'elle peut laisser, ce n'est pas forcément le cas de victimisations liées à une forme verbale ou relationnelle de *bullying*, voire à de la maltraitance psychologique ou de la négligence. Un parallèle pourrait être fait avec la perception de la douleur chez ces sujets, également déficitaire (Tordjman et coll., 1998). Il est donc probable qu'un certain nombre d'événements victimisants n'ont pas été dépistés. Il convient, pour les futurs travaux, d'utiliser une méthode d'observation de ces phénomènes la plus objective possible.

Une autre limite à prendre en compte est que toutes les formes de victimisation ne sont pas explorées dans ces études. La recherche de la victimisation des TSA par leurs pairs prédomine fortement, notamment en milieu scolaire. Deux articles seulement sont relatifs à la maltraitance et à la victimisation sexuelle (Mandell et coll., 2005 ; Duan et coll., 2015). Aucune étude explorant la victimisation liée à la criminalité classique (agression, vol, vandalisme) ou la poly-victimisation n'a été retrouvée. Or il a été montré que la victimisation de l'enfant présente effectivement différents

visages (Finkelhor et coll., 2005 ; Vila, 2013). Cette victimisation peut potentiellement être sous-estimée dès lors que son exploration est limitée à un seul de ses aspects. Les enfants poly-victimes en particulier sont plus susceptibles de développer des symptômes traumatiques que les enfants exposés à un seul type de victimisation (Finkelhor, Ormrod et Turner, 2007). En outre, l'apparition d'un authentique état de stress post-traumatique (ESPT) est à prendre en compte chez ces individus (Mehtar et Mukaddes, 2011). Il est nécessaire de considérer l'ensemble des situations victimisantes comme des événements traumatiques potentiels susceptibles de déclencher un tel ESPT.

Il semble donc intéressant d'étudier ces phénomènes de victimisation dans leur totalité chez les enfants et adolescents avec TSA qui paraissent particulièrement exposés à la victimisation.

- ➔ **La victimisation est un problème majeur de santé publique chez les personnes avec trouble mental sévère. Le risque de victimisation de ces individus est multiplié par 11 par rapport à la population générale.**
- ➔ **Les diagnostics psychiatriques constituent un facteur de risque de victimisation chez l'enfant. Des associations sont constatées avec le TDA/H, les troubles anxieux et la déficience intellectuelle dans la littérature.**
- ➔ **Les taux de victimisation par les pairs sont importants chez les enfants et adolescents avec TSA, allant jusqu'à 94% selon les études.**
- ➔ **La prévalence de la maltraitance des jeunes avec TSA est de 18% (36% de façon sévère avant l'âge de cinq ans).**
- ➔ **Parmi les enfants et adolescents avec TSA, 16,5% sont des victimes de violences sexuelles.**
- ➔ **Un état de stress post-traumatique peut aussi bien survenir chez un enfant avec TSA que chez un enfant de développement typique.**
- ➔ **Il n'est pas retrouvé de travaux portant sur l'ensemble de la victimisation chez les enfants et adolescents avec TSA dans la littérature.**
- ➔ **Les TSA semblent fortement exposer à la victimisation les enfants et adolescents qui en sont porteurs et il paraît pertinent d'étudier ces phénomènes dans leur globalité chez ces sujets, notamment la poly-victimisation.**

IV. LA VICTIMISATION VUE ET VECUE PAR LES AUTEURS AVEC TSA

Le problème de la victimisation des enfants et adolescents avec TSA, avec ses différentes formes, n'est pas l'apanage de la littérature scientifique. Cette question de la victimisation, par les pairs notamment, est aussi évoquée dans un certain nombre de récits autobiographiques. Les auteurs avec TSA rapportent avoir été les « souffre-douleur » de leurs camarades durant l'enfance, avec un retentissement important, même dans le cas de taquineries innocentes.

Donna Williams est née en Australie en 1963 et a été diagnostiquée autiste à l'âge de 26 ans. Elle est aujourd'hui artiste pluridisciplinaire. Dans *Si on me touche, je n'existe plus* (1992), elle n'hésite pas à évoquer la maltraitance dont elle a été victime au sein de sa famille, en particulier de la part de sa mère.

« Dès que je rentrais de l'école, les coups et les grossièretés se mettaient à pleuvoir, sans parler des cheveux tirés et des vexations en tout genre. »

En parlant de sa mère au retour d'une fugue : *« L'accueil fut à la hauteur des précédents. Elle m'agrippa par les cheveux à les arracher. Ma tête s'en alla heurter violemment le mur à plusieurs reprises. Je sentis sur mon front le contact poisseux du sang et des cheveux mêlés. »*

Bien qu'elle ne mette pas en relation directe cette victimisation avec son trouble, mais plutôt avec une précarité socio-économique familiale, l'auteure partage son ressenti de son point de vue d'enfant avec TSA : *« (...) j'avais toujours accepté la violence de ma mère. Les atteintes à mon corps ne m'affectaient guère. Par un retournement pervers de situation, les agressions physiques étaient d'ailleurs les seules sensations que je pusse supporter sans me sentir blessée. »*

En outre, Williams révèle certaines particularités liées à son TSA et au déficit en compétences sociales qui en découle, qui ont pu l'exposer à certaines formes de victimisation, notamment sexuelle. Elle fait allusion à sa naïveté et à sa confiance immodérée en l'honnêteté d'autrui.

« Ma candeur était extrême et je marchais à tout ce qu'on me racontait. Je suivais volontiers les inconnus qui m'attiraient dans des impasses sous prétexte d'aller sauver des petits chats, ou dans leur voiture en prétendant aller m'acheter des friandises. »

En parlant de sa première relation amoureuse : *« J'appris bien vite que la vie de couple ne valait guère mieux que la vie de famille. Gary commença même à me battre chaque soir, tout comme ma mère l'avait fait ! »*

En parlant de son colocataire : « *Il me proposa de venir faire un tour avec lui dans sa camionnette. J'acceptai de le suivre. Ron s'arrêta au bord de la route et m'annonça que je devrais coucher avec lui si je voulais rentrer.* »

Sean Barron a été diagnostiqué autiste en 1965 à l'âge de quatre ans. Il travaille aujourd'hui comme auxiliaire dans un centre de rééducation à Youngstown dans l'Ohio. Dans *Moi, l'enfant autiste* (1995), co-écrit avec sa mère, il témoigne de sa victimisation par ses pairs à son égard durant l'enfance et l'adolescence, à la fois en milieu scolaire ordinaire et spécialisé.

« *À l'école, j'étais très malheureux. On me tourmentait, on me harcelait, on se moquait de moi. Le fardeau qui pesait sur mes épaules devenait plus lourd d'année en année.* » Sa mère raconte : « *(...) dans le car scolaire, ses camarades le persécutaient et, comme il ne se défendait pas, ils le tourmentaient de plus belle. Sean leur disait des choses bizarres qui leur faisaient penser qu'il avait l'esprit dérangé.* »

Dans *Comprendre les règles tacites des relations sociales : Décoder les mystères de la vie en société à travers l'autisme* (2014), co-écrit avec Temple Grandin, Barron met l'accent sur l'exclusion ainsi que sur son incapacité à se défendre et à construire des relations amicales.

« *Lorsque j'ai commencé à aller à l'école, j'ai pu (...) me comparer aux autres enfants et j'ai vite compris que non seulement j'étais différent de mes pairs, et ce, de façon négative mais également que j'étais la cible parfaite pour leurs moqueries. Ceux qui ne me menaient pas la vie dure prenaient soin de m'éviter comme si j'avais la lèpre. (...) Le problème que j'ai mis du temps à résoudre et qui m'a tourmenté (...) était comment je devais m'y prendre pour devenir leur ami. (...) J'avais conscience que les autres me maltrahaient, me brutalisaient, me ridiculisaient, me frappaient, me giflaient, me donnaient des coups de poing et me faisaient trébucher. Mais pour autant, je ne savais pas comment faire pour mettre un terme à ces agissements ni comment en parler à quelqu'un qui pourrait m'aider.* »

Temple Grandin est née le 29 août 1947. Diagnostiquée autiste à l'âge de 4 ans, elle est aujourd'hui professeur à l'université du Colorado, docteur en sciences animales et spécialiste de renommée internationale en zootechnie. Dans *Ma vie d'autiste* (2011) et *Comprendre les règles tacites des relations sociales : Décoder les mystères de la vie en société à travers l'autisme* (2014), elle raconte ses expériences relatives au *bullying* en milieu scolaire.

« *C'est au collège que mes vrais problèmes ont commencé. Ce fut une période terrible. (...) j'étais la risée de tous. (...) Les moqueries étaient d'une telle méchanceté que je me suis mise à faire n'importe quoi. (...) La journée scolaire en soi (...) était une véritable torture pour moi. Je ne*

savais pas vraiment comment réagir aux moqueries des autres. Ils me traitaient de tous les noms en raison de la façon dont je me comportais, comme par exemple "le magnétophone" . »

L'auteure met en avant l'importance et la nécessité de l'apprentissage des compétences sociales pour les enfants avec TSA. Elle insiste également sur la bizarrerie des jeunes avec TSA sans déficience intellectuelle comme facteur d'exclusion en milieu scolaire, à la fois par les pairs et les enseignants.

« Ceux qui sont dans la norme ont la belle vie. Pour les autres, c'est le début des moqueries et du harcèlement scolaire. Les adolescents porteurs d'autisme peuvent vivre un véritable enfer. C'est pour cette raison que, d'après moi, il est crucial de s'assurer que les habilités essentielles au bon fonctionnement social soient en place avant l'entrée au collège. (...) ce sont les autistes Asperger de haut niveau qui rencontrent le plus de problèmes compte tenu de leur façon de parler et de leur QI souvent élevé. Etant donné que leurs difficultés sont invisibles, les enseignants sont moins enclins à leur apporter le soutien dont ils ont pourtant besoin et pour leurs pairs, ils sont plus bizarres et intellos que stupides et ignorants. »

Josef Schovanec est né le 2 décembre 1981 et a été diagnostiqué syndrome d'Asperger à l'âge de 22 ans. Il est aujourd'hui chercheur en philosophie et en sciences sociales et a occupé un emploi à mi-temps d'assistant de l'adjoint au maire chargé des personnes en situation de handicap à la Mairie de Paris. Il est actuellement chroniqueur radiophonique. Dans *Je suis à l'Est* (2012), il partage son expérience de la victimisation en milieu scolaire.

« Mon premier contact avec l'école a été l'année de grande section, (...). J'avais peur des autres enfants (...). Chaque jour, je recevais des coups. Certains jeux de groupe tournaient expressément autour des façons appropriées pour se défouler sur moi. (...) Au collège, une minorité de jeunes frappe pour blesser ou pour laisser des traces sur l'autre. Les tabassages sont moins fréquents mais plus importants. Vous pouvez tomber sur un groupe violent soit dans l'établissement, soit à sa sortie. (...) Il n'y a pas que la violence physique qui pose problème. La violence verbale marque probablement encore davantage. »

L'auteur souligne le rôle du déficit en compétences sociales dans la rencontre de ce type de victimisation chez les enfants et adolescents avec TSA. Il évoque également la bizarrerie de ces sujets liée à leur trouble, leur maladresse motrice, leur naïveté, ainsi que leur incapacité à détecter une situation victimisante.

« (...) on dit parfois qu'il faut tourner sept fois sa langue dans sa bouche avant de parler, ou d'autres sentences analogues. (...) Or, dans le cas des discours blessants des jeunes autistes, je ne crois pas qu'un tel délai soit une protection suffisante, puisque le locuteur n'a généralement ni intention ni conscience de blesser verbalement. »

« Je ne savais pas jouer au ballon (...). Mes parents disaient souvent à propos des objets que je ne parvenais pas à attraper que j'avais deux mains gauches. Les enfants sur le terrain de foot employait des termes bien plus méchants. »

«Les enfants avec autisme ont souvent une démarche, un comportement général un peu étrange. (...) La naïveté est souvent un autre attribut des personnes avec autisme. Il convient d'en distinguer deux sortes : la naïveté réelle, à savoir, pour le dire simplement, croire tout ce que l'on raconte, et la naïveté apparente, à savoir le fait que les autres croient que l'on est fort naïf et crédule — l'occasion rêvée pour les prédateurs de manipuler à leur guise. (...) Lorsque les personnes avec autisme finissent par se rendre compte que telle ou telle personne est à fuir, elles continuent parfois quand même, par gentillesse ou par respect des conventions, à la fréquenter. »

Hugo Horiot est né le 3 août 1982. Diagnostiqué syndrome d'Asperger, il est aujourd'hui comédien et réalisateur à Paris. Dans *L'empereur, c'est moi – Une enfance en autisme* (2013), il dépeint ses expériences victimisantes vécues du point de vue de l'enfant qu'il était durant sa scolarité.

« Quand on les lâche dans la cour, les grands embêtent les moyens qui embêtent les petits qui eux n'ont personne à embêter. (...) Chez les animaux c'est pareil, sauf qu'eux ils s'entredévorent. Ca s'appelle la chaîne alimentaire. (...) Je monte dans le bus (...) Un petit groupe dominant m'a clairement identifié comme étant "le mec un peu bizarre", celui qui n'est pas dans le moule, celui qui ne se soumet pas à leur loi, celui qui affronte leur regard, celui qui ne s'écrase pas devant leur petite milice. En somme : l'homme à abattre. La fête. Je subis ma séance de torture quotidienne. Deux fois par jour. Aller et retour. »

On constate que le thème de la victimisation est récurrent dans les témoignages de personnes avec TSA. Les ouvrages précédemment cités font en particulier référence à la victimisation des jeunes avec TSA par leurs pairs. Il est en effet ici question du *bullying* dans ces différentes formes : physique, verbale et relationnelle. L'occurrence éventuelle d'une victimisation sexuelle chez les filles avec TSA est également évoquée.

En outre, les récits de ces auteurs mettent en exergue les différentes caractéristiques du TSA qui exposent l'enfant qui en est porteur à la victimisation : bizarreries de comportements, naïveté, déficit en compétences sociales et isolement, incapacité à reconnaître des interactions sociales non réciproques et à demander de l'aide le cas échéant.

Enfin, l'ensemble de ces témoignages illustre bien la forte prévalence du *bullying* chez les enfants et adolescents avec TSA retrouvée dans la littérature scientifique.

PARTIE EXPERIMENTALE

ETUDE DES PHENOMENES DE VICTIMISATION DANS UNE POPULATION D'ENFANTS ET ADOLESCENTS AVEC TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME (TSA)

I. CONTEXTE THEORIQUE

L'autisme et les TSA en général sont aujourd'hui un véritable problème de santé publique (Troisième plan autisme, Carlotti, 2013). Leur prévalence est d'environ 1% chez les enfants avec un sex ratio de quatre garçons pour une fille (Fombonne, 2012 ; CDC, 2009).

Les enfants et adolescents qui en sont porteurs ont de faibles capacités d'interactions sociales réciproques. Ils présentent également un déficit en théorie de l'esprit et sont susceptibles d'être dans l'incapacité d'interpréter ou d'anticiper le comportement d'autrui en fonction des statuts mentaux : intention, désir, croyance, par exemple (Baron-Cohen, Leslie et Frith, 1985). Les comportements et les émotions des pairs ne seront alors interprétés qu'en fonction de ce que ces sujets avec TSA en perçoivent, sans tenir compte de l'intention, parfois mauvaise, que reflète l'acte ou le visage.

Ces particularités peuvent gêner les enfants et adolescents avec TSA dans la détection des indices sociaux désignant des interactions non réciproques, les plaçant ainsi dans une situation à risque d'être exploités ou victimisés (Shakoor et coll., 2012). De plus, ils sont à risque d'être stigmatisés par leurs pairs du fait de leurs difficultés de communication, de leurs stéréotypes de comportement, de leurs intérêts restreints et de leur maladresse motrice (Haq et Le Couteur, 2004 ; Mottron, 2004 ; Gowen et Hamilton, 2013 ; Bejerot et Mörtberg, 2009 ; Bejerot et Humble, 2013). Considérés comme « bizarres » aux yeux de leurs camarades, les enfants et adolescents avec TSA ont également des difficultés pour se construire des relations amicales (Bauminger et Kasari, 2000 ; Chamberlain, Kasari et Rotheram-Fuller, 2007 ; APA, 2013), ce qui est un facteur de risque de victimisation (Hodges et coll., 1999).

Ces troubles retentissent grandement sur le fonctionnement de ces enfants et adolescents et les mettent dans une véritable position de dépendance et de vulnérabilité (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994 ; Pinborough-Zimmerman et coll., 2012 ; Prado, 2013).

Sur un plan victimologique, il est intéressant de constater que les troubles que présentent ces enfants et adolescents au niveau social sont superposables à la description des facteurs de risque victimaires que l'on retrouve dans la littérature victimologique.

Les concepts de vulnérabilité et de facilitation décrits par Baril (2002) peuvent se retrouver dans les caractéristiques liées au trouble de ces enfants et adolescents. Leur condition les expose à un plus grand risque de victimisation par rapport à la population générale (Teplin et coll., 2005 ;

Cuevas et coll., 2009) ce qui renvoie au concept de vulnérabilité. Parallèlement, le manque de compétences sociales et les difficultés dans l'interprétation du comportement d'autrui font évoquer des facteurs de risque relatifs au concept de facilitation : confiance démesurée en l'honnêteté d'autrui, incapacité de signaler les infractions subies.

Si l'on se réfère à la description des facteurs de risque victimaires de Lopez (2014), on remarque que les enfants et adolescents avec TSA en présentent un certain nombre. Les facteurs de risque biologiques de victimisation sont retrouvés dans leur ensemble parmi ces sujets : un âge jeune, le sexe masculin plus fréquent chez les enfants et adolescents avec TSA (Fombonne, 2012 ; CDC, 2009), le handicap social ainsi que l'appartenance à une catégorie de population facilement stigmatisée par la société. Les facteurs de risque psychologiques de victimisation chez les enfants avec autisme sont sous-tendus par leur déficit en théorie de l'esprit : un enfant ou un adolescent avec TSA aura des difficultés à décrypter les intentions des autres ce qui peut entraîner une imprudence, une négligence, un manque de vigilance voire une confiance immodérée. Concernant les facteurs sociaux et le style de vie, on peut penser que, de par leur trouble et en l'absence d'un étayage suffisant, les enfants et adolescents avec TSA sont plus susceptibles d'être isolés et, de ce fait, plus à risque d'être victimisés.

Une revue de la littérature montre que seules des études explorant une certaine forme de victimisation ont été réalisées : *bullying* par les pairs (Little, 2002 ; Wainscot et coll., 2008 ; Carter, 2009 ; van Roekel, Scholte et Didden, 2010 ; Twyman et coll., 2010 ; Symes et Humphrey, 2010 ; Kowalski et Fedina, 2011 ; Blake et coll., 2012 ; Cappadocia et coll., 2012 ; Chen et Schwartz, 2012 ; Rowley et coll., 2012 ; Sterzing et coll., 2012 ; Storch et coll., 2012 ; Zablotsky et coll., 2013 ; Kloosterman et coll., 2013 ; Hebron et Humphrey, 2013 ; Zeedyk et coll., 2014 ; Pourre et coll., 2014 ; Fisher et Taylor, 2015 ; Mayes et coll., 2015), maltraitance physique et sexuelle (Mandell et coll., 2005 ; Duan et coll., 2015). En revanche, on ne retrouve pas de travaux prenant en compte l'ensemble de la victimisation chez les enfants et adolescents porteurs de TSA.

Or ces enfants et adolescents qui semblent accumuler les facteurs de risque victimaires, sont susceptibles d'être touchés par différentes formes de victimisation et non pas uniquement par le *bullying*, majoritairement étudié dans la littérature.

En outre, il paraît plus intéressant, en terme de retentissement et de prise en charge, de considérer l'ensemble des événements victimisants auxquels un enfant avec TSA a pu être exposé et non pas, seulement, une seule forme de victimisation. Devant la multiplication des facteurs de risque victimaires dans cette population, la recherche d'une poly-victimisation (Finkelhor et coll., 2007) semble particulièrement pertinente.

II. OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude, exploratoire descriptive contrôlée de type cas-témoins, était de déterminer la prévalence de la victimisation et de la poly-victimisation dans une population d'enfants et adolescents avec TSA et de comparer cette prévalence avec celle retrouvée dans un groupe témoin.

Les objectifs secondaires visaient à évaluer le retentissement de cette victimisation et à mesurer l'association entre des facteurs socio-démographiques et cliniques et la présence d'une victimisation au sein de l'échantillon d'enfants et adolescents avec TSA.

III. METHODE

1. Population

Les participants du groupe d'enfants avec trouble du spectre de l'autisme (groupe « TSA ») ont été recrutés parmi les patients suivis au Centre Ressource Autisme (CRA) Aquitaine de Bordeaux. Les critères d'inclusion du groupe TSA étaient : âge compris en 7 et 18 ans, diagnostic de TSA validé par un score seuil à l'*Autism Diagnostic Interview-Revised* (ADI-R) et/ou l'*Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic* (ADOS-G). Les critères d'exclusion du groupe TSA étaient : DI (quotient intellectuel (QI) < 70 au WISC-IV), comorbidité neurologique ou psychiatrique connue, enfant non scolarisé ou n'ayant jamais fréquenté de milieu scolaire ordinaire.

Les participants du groupe témoin ont été recrutés au sein d'un établissement privé de scolarité ordinaire à Châteauroux (36) au sein de neuf classes du premier et du second degrés : un CM1, un CM2, une sixième, une cinquième, une quatrième, une troisième, une seconde, une première et une terminale, soit un total de 250 familles. L'accord du chef d'établissement a été obtenu. Un appariement de fréquence a été réalisé avec le groupe TSA pour l'âge et le sexe. Les critères d'inclusion étaient : âge compris entre 7 et 18 ans. Les critères d'exclusion étaient : TSA, DI, autre trouble neurologique ou psychiatrique connu.

2. Instruments utilisés

L'ADI-R est la méthode la plus utilisée en recherche pour établir ou confirmer un diagnostic de trouble envahissant du développement (TED) (Lord, Rutter et Le Couteur, 1994). Il s'agit d'un entretien semi-structuré avec les parents qui permet de recueillir des informations sur la

symptomatologie de l'autisme. Trois domaines de développement sont évalués : la communication, les interactions sociales et le jeu. Cette démarche prend environ deux heures. Les résultats sont reportés dans un algorithme élaboré à partir du DSM-IV (APA, 1994). L'enfant est considéré comme relevant d'un TED si ses notes sont supérieures au minimum établi dans les quatre domaines principaux définis par les classifications : interactions sociales, communication, comportements répétitifs et stéréotypés, troubles avant l'âge de trois ans.

L'ADOS-G permet de faire le diagnostic de TED (Lord et coll., 1989) en référence au DSM-IV (APA, 1994) et à la CIM-10 (WHO, 2007). Il s'agit d'un entretien semi-structuré avec le patient. L'ADOS-G comporte quatre modules, le choix du module se faisant en fonction de critères d'âge et de développement du langage. Les résultats sont compatibles avec un diagnostic de TED si les scores sont supérieurs au minimum établi dans le domaine de la communication et des interactions sociales.

Le *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) est un instrument récent se présentant sous la forme d'un questionnaire structuré faisant l'inventaire de la victimisation durant l'enfance et des formes majeurs d'agression contre les jeunes (Hamby et coll., 2004). Il couvre un large éventail d'événements incluant les victimisations non violentes et les événements que les enfants et leurs parents ne considèrent pas typiquement comme une offense ou une infraction. Le JVQ permet d'obtenir un rapport sur 34 formes d'infraction contre les jeunes couvrant cinq domaines généraux de préoccupation : la « criminalité classique », correspondant à des infractions dont l'auteur n'est pas spécifique (racket, vol, vandalisme, tentative d'agression, agression physique et/ou discriminatoire, enlèvement), les mauvais traitements à l'égard des enfants, la victimisation par les pairs ou la fratrie, la victimisation sexuelle et la victimisation indirecte (exposition à la violence). La version complète du JVQ comprend, pour chacun des 34 items, des questions subsidiaires donnant des informations complémentaires sur les caractéristiques de l'agresseur, l'utilisation d'une arme, l'occurrence d'une blessure et la simultanéité avec un autre événement victimisant. Selon la littérature, le JVQ possède une validité empirique satisfaisante ainsi qu'une fiabilité test-retest suffisante entre deux administrations distantes de trois à quatre semaines. De plus, il a été montré que les scores de JVQ sont corrélés avec les mesures des symptômes traumatiques, et que les répondeurs présentent peu de résistance, même pour les questions les plus sensibles (Finkelhor et coll., 2005).

Pour cette étude, il a été décidé d'utiliser une version simplifiée du JVQ n'incluant pas les questions subsidiaires, appelée « *Screener Sum Version* » (JVQ-SSV ; cf annexe 2.). Le questionnaire est complété en 10 à 15 minutes en fonction du nombre de victimisations rapportées. Il a été choisi du fait de son temps de passation court, afin de favoriser la coopération des participants. La cotation du JVQ-SSV n'est pas la même que celle de la version complète (Finkelhor et coll., 2005). La poly-victimisation se définit au-delà de quatre événements

victimisants (> ou = 5) sur les 12 derniers mois ou au-delà de 10 événements victimisants (> ou = 11) sur la vie entière. La poly-victimisation modérée se définit entre cinq et sept événements victimisants (> ou = 5 et < ou = 7) sur les 12 derniers mois. La poly-victimisation sévère se définit au-delà de sept événements victimisants (> ou = 8) sur les 12 derniers mois. Pour chaque sujet, il était demandé aux parents de préciser le lieu principal de l'ensemble des événements rapportés, avec quatre choix de réponse possibles : à la maison uniquement, à l'école uniquement, à la maison et à l'école, ailleurs.

Des questions complémentaires sur le retentissement clinique et les conséquences médico-légales étaient proposées aux parents de l'enfant dans le cas d'une réponse par l'affirmative à au moins une des questions du JVQ-SSV (cf annexe 3.).

Il était demandé si l'enfant avait déjà été lui-même l'auteur d'un des événements dont il avait été victime. Un inventaire qualitatif de symptômes cliniques appréciant le retentissement était effectué. Cet inventaire permettait d'explorer plusieurs troubles mentaux : état de stress post-traumatique (ESPT), dépression, anxiété, troubles du comportement alimentaire, conduites addictives, conduites auto-agressives et/ou suicidaires. Il était demandé si l'enfant avait fait l'objet d'une prise en charge ambulatoire et/ou hospitalière en rapport avec les événements dont il avait été victime. Des questions relatives aux conséquences sociales et judiciaires étaient également posées : information préoccupante au président du conseil général ou signalement au procureur de la République, mise en place de mesures de protection (aide éducative en milieu ouvert, placement), plaintes, sanctions ou poursuites pénales à l'encontre du ou des agresseur(s), obtention d'une réparation et/ou de dommages-intérêts par l'enfant ou sa famille.

La *Post-traumatic stress disorder CheckList - Scale* (PCL-S ; Weathers et coll., 1993) est un auto-questionnaire mesurant les trois sous-syndromes principaux de l'ESPT (syndrome de répétition, évitement et hyperactivation neurovégétative). Elle se compose de 17 items évaluant les symptômes de l'ESPT tel qu'il est décrit dans le DSM-IV (APA, 1994), selon une échelle d'intensité allant de un à cinq. Le seuil diagnostique de l'échelle est placé à 44. La PCL-S possède une bonne validité empirique. Elle est stable dans le temps (fidélité test-retest de 0,96) et sensible à l'intervention thérapeutique. Il existe une bonne corrélation avec les échelles existantes validées, utilisées jusque-là. Cette PCL-S a été adaptée pour cette étude afin que les parents des participants puissent répondre à la place de leur enfant sous la forme d'un hétéro-questionnaire. Ceci permettait d'obtenir une estimation quantitative des symptômes d'ESPT que présentaient les sujets par leurs parents (cf annexe 4.).

La *Social Responsiveness Scale* (SRS ; Constantino et Gruber, 2002) est un hétéro-questionnaire de 65 items portant sur la capacité d'un enfant à s'engager dans des interactions

sociales réciproques émotionnellement appropriées. Le déficit en interactions sociales est d'autant plus sévère que le score de l'échelle est élevé. Les interactions sociales déficientes constituant le coeur du déficit dans l'ensemble des TSA, la SRS était utilisée dans cette étude comme marqueur de la sévérité du trouble au sein de la population d'enfants avec TSA. Elle était complétée par les parents des participants (cf annexe 5).

Le WISC-IV (Wechsler, 2003) est l'instrument d'évaluation psychométrique le plus utilisé au monde. Il permet d'évaluer le niveau intellectuel global de l'enfant par la mesure de quatre indices dont les résultats doivent être homogènes : compréhension verbale, raisonnement perceptif, mémoire de travail et vitesse de traitement.

Pour la réalisation de cette étude, il a été décidé d'utiliser des instruments destinés principalement aux parents des enfants inclus dans le protocole, notamment concernant les sujets du groupe TSA. En effet, on peut penser que les enfants avec TSA, du fait de leur déficit en théorie de l'esprit, puissent ne pas correctement interpréter les questions posées, en particulier celles du JVQ-SSV (cf annexe 2.) — ce qui entrainerait un biais de mesure. De plus, on considère que le recueil d'informations auprès des parents est fiable du fait de leur supposée proximité avec leur enfant handicapé.

3. Procédure expérimentale

Les patients susceptibles d'être inclus dans l'étude bénéficiaient d'abord d'une visite diagnostique au CRA Aquitaine avec ADI-R et/ou ADOS-G (les échelles de référence du diagnostic des TSA). Le QI de l'ensemble des patients était calculé au moyen du WISC-IV. Une évaluation de la qualité de leurs interactions sociales était réalisée grâce à la *Social Responsiveness Scale* (SRS ; cf annexe 5.). Les participants du groupe TSA étaient recrutés au moyen d'un courrier puis d'un appel téléphonique à leurs parents, ou bien lors d'une visite de suivi au Centre Expert Asperger du CRA Aquitaine. Les sujets témoins étaient recrutés au moyen d'un courrier puis d'un appel téléphonique aux parents d'enfants des classes sélectionnées au hasard au sein de l'établissement scolaire. Pour l'ensemble des participants, un hétéro-questionnaire faisant l'inventaire de l'ensemble des victimisations auxquelles un enfant est susceptible d'être confronté, le *Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version* (JVQ-SSV), était administré à un ou aux deux parents de l'enfant (cf annexe 2.). Dans le cas où, le ou les parents répondaient par l'affirmative à une des questions du JVQ-SSV, un questionnaire complémentaire sur le retentissement clinique et les conséquences médico-légales de ces victimisations était proposé (cf annexe 3.). Le JVQ-SSV et le questionnaire complémentaire étaient administrés au cours d'un

entretien physique ou téléphonique d'une durée de 20 à 30 minutes. Les parents de l'ensemble des sujets remplissaient ensuite une version en ligne d'un hétéro-questionnaire mesurant l'intensité des symptômes de l'état de stress post-traumatique (ESPT) chez leur enfant, la *Post-traumatic stress disorder CheckList - Scale* (PCL-S) (cf annexe 4.). Parmi les données cliniques recueillies auprès des sujets avec TSA, le diagnostic principal de l'enfant, la présence d'un auxiliaire de vie scolaire, ainsi que la présence d'un Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité (TDA/H) comorbide étaient recherchés. Il était également demandé si les enfants bénéficiaient d'une scolarité ordinaire ou spécialisée. Les données socio-démographiques recueillies pour l'ensemble des sujets étaient l'âge, le sexe, la taille de la fratrie et le statut marital des parents.

4. Aspects éthiques

Après avoir reçu toutes les informations nécessaires sur les objectifs et le protocole de l'étude par courrier, les représentants légaux des sujets témoins affirmaient leur consentement en renvoyant une fiche de participation. Le consentement des participants du groupe TSA avait été recueilli au préalable auprès des représentants légaux pour la participation à des études antérieures. Cette étude était conforme aux règles éthiques de la recherche chez l'enfant. En outre, aucune intervention n'a été directement réalisée sur les enfants inclus dans ce protocole d'étude. Enfin, les témoins ayant été recrutés dans un établissement privé associé à l'Etat par contrat, l'autorité éthique ne dépendait que du chef d'établissement et de son conseil d'établissement (Loi n°59-1557 du 31 décembre 1959 sur les rapports entre l'Etat et les établissements d'enseignement privés).

5. Analyse statistique

Le logiciel SPSS Statistics a été utilisé pour l'ensemble des analyses statistiques. Concernant les variables quantitatives, la moyenne et l'écart-type étaient calculés. Les variables qualitatives étaient calculés en valeur absolue et pourcentage. Les comparaisons inter-groupes (TSA versus témoin) de variables quantitatives ont été réalisées avec le test t de Student (cas événement) ou le test U de Mann Whitney si nécessaire (cas non gaussien ; résultats exprimés en médiane et quartiles). Le test du Chi2 était utilisé pour les comparaisons inter-groupes de variables qualitatives (test exact de Fisher pour les effectifs attendus inférieurs à 5). Les analyses au sein du groupe TSA ont été effectuées avec la corrélation de Pearson. Le seuil de significativité p était fixé à 5% pour l'ensemble des tests statistiques.

IV. RESULTATS

1. Population

Parmi les familles des participants avec TSA contactées par téléphone, deux sur 41 (4,9%) avaient refusé de participer à l'étude. Concernant les témoins, sur les 250 familles contactées par courrier, 81 (32,4%) avaient accepté de participer à l'étude.

Entre le 2 juillet 2014 et le 5 mars 2015, 92 enfants et adolescents âgés de 7 à 18 ans ont été inclus dans l'étude, dont 78 garçons et 14 filles. Les caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble de la population ainsi que la comparabilité des groupes sont présentées dans le tableau 1.

Le groupe TSA comprenait 39 participants (33 garçons et 6 filles), âgés de 13 ans et 3 mois en moyenne. Tous remplissaient les critères pour un TSA et présentaient un score-seuil significativement élevé pour l'ADI-R et/ou l'ADOS-G. Aucun des sujets ne présentait un QI inférieur à 70. Les caractéristiques cliniques du groupe TSA sont présentées dans le tableau 2.

Le groupe témoin comprenait 53 participants (45 garçons et 8 filles), âgés de 12 ans et 10 mois en moyenne. Aucun ne présentait un déficit intellectuel ou un trouble psychiatrique ou neurologique.

	TSA (n = 39)	Témoins (n = 53)
Age (en années)	13,23 (2,96)	12,82 (2,49)
Sexe		
Garçons	33 (84,6%)	45 (84,9%)
Filles	6 (15,4%)	8 (15,1%)
Taille de la fratrie	2,62 (0,94)	2,55 (1,15)
Participant enfant unique	3 (7,7%)	5 (9,4%)
Statut marital des parents		
En couple	31 (79,5%)	43 (81,1%)
Séparés	8 (20,5%)	10 (18,9%)

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques de la population.

Les données sont exprimées en en moyenne (écart-type) ou en valeur absolue (pourcentage).

TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

TSA (n = 39)	
Scolarité	
Ordinaire uniquement	17 (43,6%)
Spécialisée/assistée	22 (56,4%)
Diagnostic principal	
Autisme de Kanner	5 (12,8%)
Syndrome d'Asperger	21 (53,8%)
TSA non spécifié	13 (33,3%)
Comorbidité TDA/H	21 (53,8%)
Présence d'un AVS	28 (71,8%)

Tableau 2. Caractéristiques cliniques du groupe TSA.
 Les données sont exprimées en valeur absolue (pourcentage).
 AVS = Auxiliaire de vie scolaire. TDA/H = Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

2. Victimisation

Dans le groupe TSA, 94,9% (37 sur 39) des sujets avaient vécu au moins un événement victimisant au cours de leur vie tous types de victimisation confondus, contre 86,8% (46 sur 53) dans le groupe témoin. Il n'était pas retrouvé de différence significative concernant la présence d'au moins une victimisation sur la vie entière ($p = 0,29$).

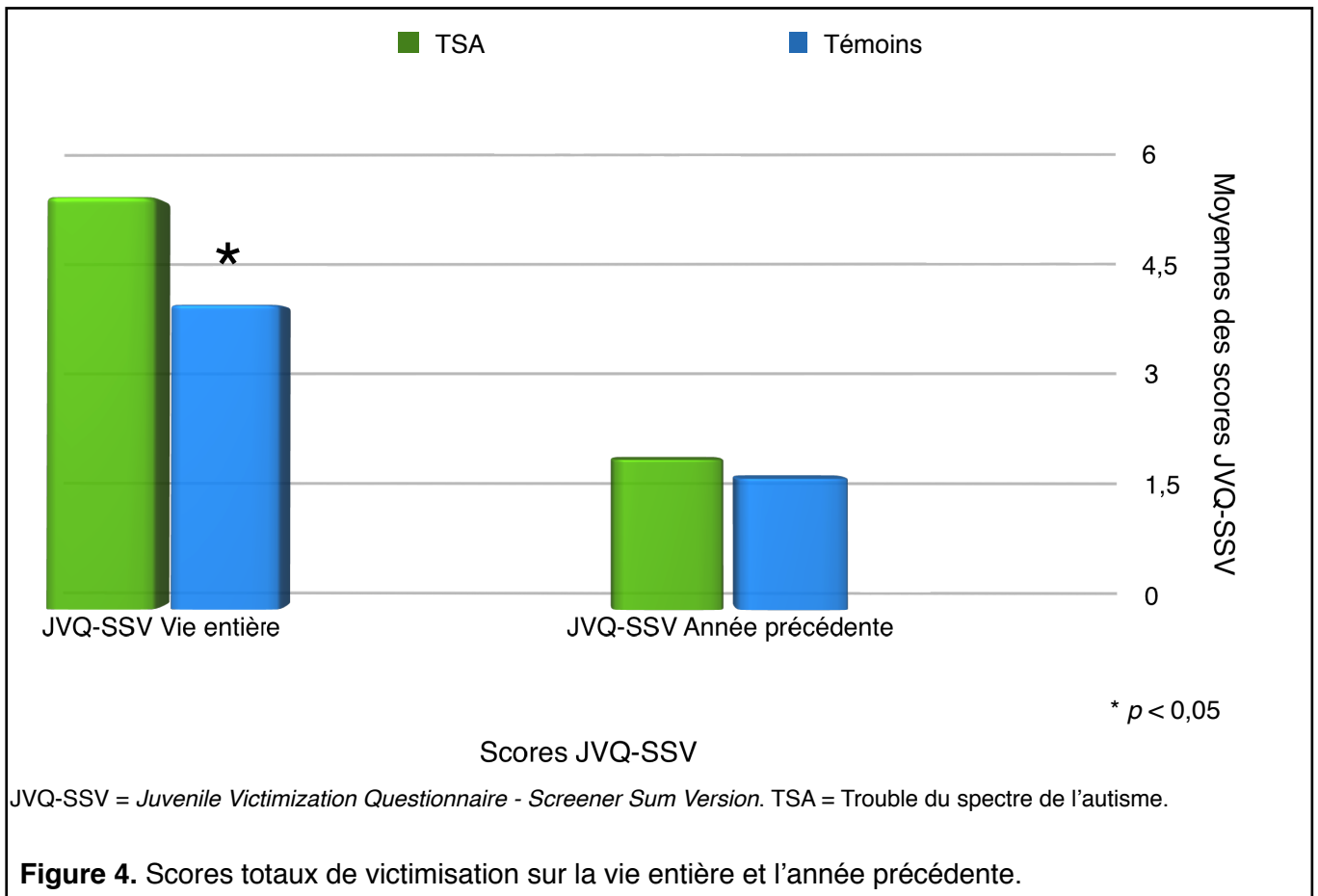
Parmi les participants avec TSA, 71,8% (28 sur 39) avaient vécu au moins un événement victimisant au cours des 12 mois précédant leur inclusion, contre 58,5% (31 sur 53) dans le groupe témoin. Il n'y avait pas non plus de différence significative concernant la présence d'au moins une victimisation au cours de l'année précédente ($p = 0,27$).

2.1. Scores totaux de victimisation (figure 4.)

Les scores totaux du JVQ-SSV sur la vie entière allaient de 0 à 13 dans le groupe TSA et de 0 à 17 dans le groupe témoin. En moyenne, les scores totaux du JVQ-SSV sur la vie entière étaient supérieurs dans le groupe TSA par rapport au groupe témoin avec une différence significative ($5,23 \pm 3,42$ versus $3,89 \pm 3,23$, $p < 0,05$).

Les scores totaux du JVQ-SSV au cours des 12 mois précédents allaient de 0 à 8 dans le groupe TSA et de 0 à 7 dans le groupe témoin. En moyenne, les scores totaux du JVQ-SSV sur les 12 mois précédents étaient supérieurs dans le groupe TSA par rapport au groupe témoin sans

qu'il ne soit retrouvé de différence statistiquement significative ($1,9 \pm 2,05$ versus $1,66 \pm 2,05$, $p = 0,59$).



2.2. Sous-scores de victimisation (figure 5.)

En moyenne, les sous-scores du JVQ-SSV qui concernaient la victimisation par les pairs et la fratrie étaient significativement supérieurs dans le groupe TSA par rapport au groupe témoin ($1,9 \pm 1,23$ versus $1,15 \pm 1,03$, $p < 0,01$). Les sous-scores correspondant aux différentes formes de victimisation sont détaillés dans le tableau 3.

Parmi les participants avec TSA, 87,2% (34 sur 39) avaient été victimisés au moins une fois par leurs pairs ou leur fratrie au cours de leur vie ; 53,8% (21 sur 39) l'avait été au cours de l'année précédente (67,9% et 39,6% dans le groupe témoin, respectivement).

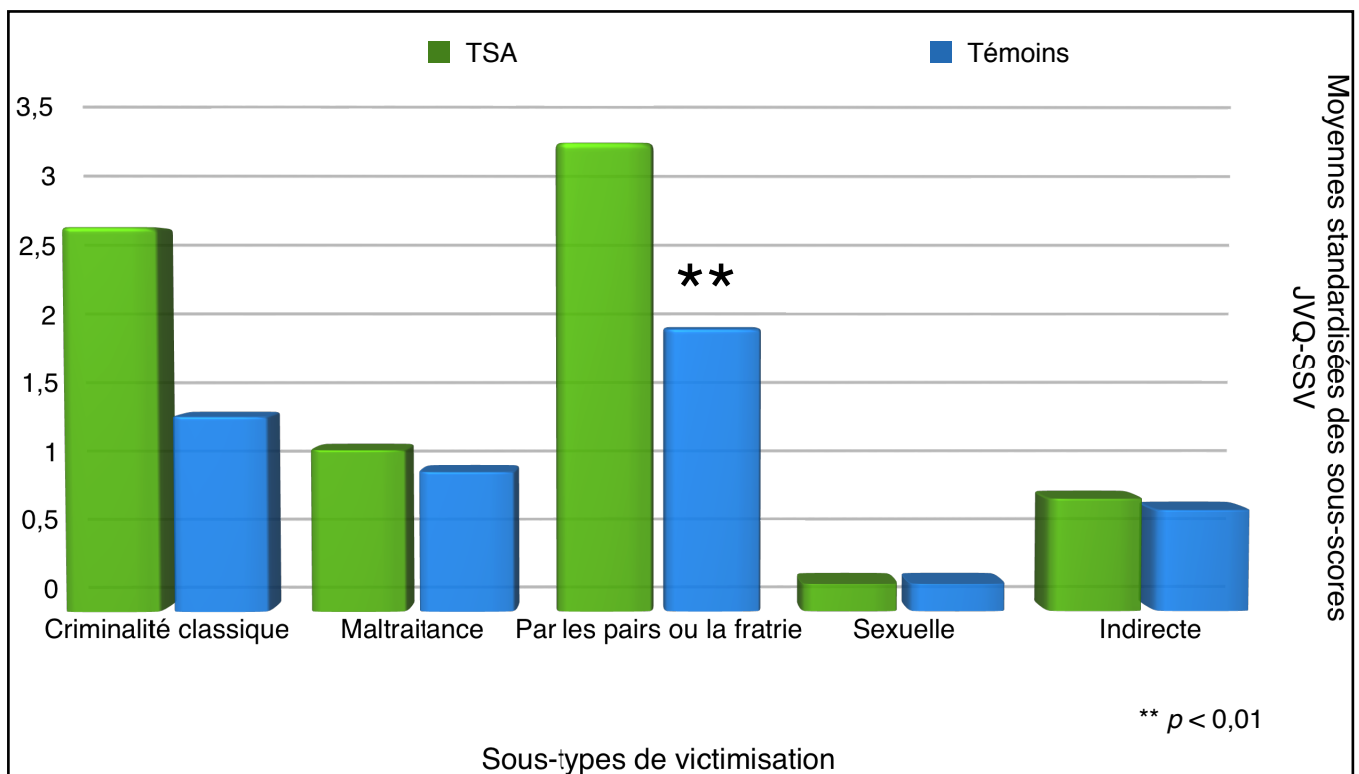
	TSA (n = 39)	Témoins (n = 53)
Sous-score JVQ-SSV « Criminalité classique » (sur 8)	2,08 (1,94)	1,06 (1,39)
Sous-score JVQ-SSV « Maltraitance » (sur 4)	0,44 (0,6)	0,38 (0,74)
Sous-score JVQ-SSV « Victimisation par les pairs ou la fratrie » (sur 6)	1,9 (1,23) **	1,15 (1,03) **
Sous-score JVQ-SSV « Victimisation sexuelle » (sur 7)	0,13 (0,34)	0,13 (0,39)
Sous-score JVQ-SSV « Victimisation indirecte » (sur 9)	0,69 (0,89)	0,62 (0,95)
Score JVQ-SSV sur la vie entière (sur 34)	5,23 (3,42) *	3,89 (3,23) *
Score JVQ-SSV sur l'année précédente (sur 34)	1,9 (2,05)	1,66 (2,05)

Tableau 3. Sous-scores et scores totaux de victimisation sur la vie entière et l'année précédente.

Test t de Student. Les données sont exprimées en moyenne (écart-type).

* Seuil de significativité $p < 0,05$. ** Seuil de significativité $p < 0,01$.

JVQ-SSV = *Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version*. TSA = Trouble du spectre de l'autisme.



JVQ-SSV = *Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version*. TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

Figure 5. Sous-scores de victimisation chez les sujets TSA et témoins.

2.3. Poly-victimisation

Dans le groupe TSA, 23,1% (9 sur 39) des sujets étaient poly-victimisés, contre 17% (9 sur 53) dans le groupe témoin. Il n'était pas retrouvé de différence significative ($p = 0,6$).

Sur l'ensemble des sujets poly-victimisés, un seul sujet appartenant au groupe TSA était considéré poly-victimisé sévère avec un score au JVQ-SSV à 8 sur l'année précédente.

2.4. Événements victimisants et lieu principal des victimisations

Les pourcentages de réponses pour chacune des questions du JVQ-SSV ont été comparés entre les deux groupes. Dans le groupe TSA, les agressions avec objet, le harcèlement et l'intimidation étaient significativement plus fréquents par rapport au groupe témoin (respectivement, 9 (23,1%) versus 2 (3,8%), $p < 0,01$; 18 (46,2%) versus 6 (11,6%) $p < 0,001$; 23 (59%) versus 17 (32,1%), $p < 0,05$). Une tendance supérieure dans le groupe TSA était retrouvée pour les agressions liées à une discrimination (12 (30,8%) versus 7 (13,2%), $p = 0,066$). Les pourcentages pour les différents types de victimisation sont présentés et comparés dans le tableau 5. Les victimisations indirectes ont été exclues devant le faible nombre d'événements de ce type rapportés par les parents des sujets. L'agression sexuelle non spécifique (par un adulte non connu), l'agression sexuelle par un pair et la relation sexuelle consentante du mineur avec un adulte n'étaient retrouvées dans aucun des deux groupes.

Les sujets TSA ont majoritairement été victimisés à l'école (75,7%). En outre, on constatait que quatre sujets (10,3%) étaient poly-victimisés en milieu scolaire et aucun à la maison. Les résultats concernant le lieu principal des victimisations rapportées sont présentés dans le tableau 4.

TSA victimisés (n = 37)	
A la maison uniquement	6 (16,2%)
A l'école uniquement	18 (48,6%)
A la maison et à l'école	10 (27,0%)
Ailleurs	3 (8,1%)

Tableau 4. Pourcentages des sujets TSA victimisés en fonction du lieu principal des victimisations rapportées.
Les données sont exprimées en valeur absolue (pourcentage).
TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

	TSA (n = 39)	Témoins (n = 53)
Racket	4 (10,3%)	3 (5,7%)
Vol	9 (23,1%)	18 (34,0%)
Vandalisme	10 (25,6%)	13 (24,5%)
Agression avec objet	9 (23,1%) **	2 (3,8%) **
Agression sans objet	22 (56,4%)	26 (49,1%)
Tentative d'agression	15 (38,5%)	15 (28,3%)
Kidnapping	0 (0,0%)	1 (1,9%)
Agression discriminatoire	12 (30,8%)	7 (13,2%)
Maltraitance physique par le parent ou le tuteur	3 (7,7%)	6 (11,3%)
Maltraitance émotionnelle/psychologique	13 (33,3%)	11 (20,8%)
Négligence	1 (2,6%)	1 (1,9%)
Conflit de garde/enlèvement par un parent	0 (0,0%)	2 (3,8%)
Agression par une bande/un groupe	4 (10,3%)	4 (7,5%)
Agression par les pairs ou la fratrie	26 (66,7%)	32 (60,4%)
Agression aux parties intimes	2 (5,1%)	2 (3,8%)
Harcèlement	18 (46,2%) ***	6 (11,3%) ***
Intimidation	23 (59%) *	17 (32,1%) *
Violence par le/la petit(e) ami(e)	1 (2,6%)	0 (0,0%)
Agression sexuelle par un adulte connu	1 (2,6%)	0 (0,0%)
Viol (tenté ou accompli)	0 (0,0%)	1 (1,9%)
Exhibitionnisme	1 (2,6%)	3 (5,7%)
Harcèlement sexuel verbal	3 (7,7%)	3 (5,7%)

Tableau 5. Pourcentages comparés entre les groupes TSA et témoin pour chaque type d'événement victimisant sur la vie entière.

Test du Chi2. Les données sont exprimées en valeur absolue (pourcentage).

* Seuil de significativité $p < 0,05$. ** Seuil de significativité $p < 0,01$. *** Seuil de significativité $p < 0,001$.

TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

3. Conséquences cliniques et médico-légales des victimisations

Vingt-huit pour cent (11 sur 39) des sujets avaient eux-même été l'auteur de victimisations sur autrui d'après les parents du groupe TSA, contre 20% (11 sur 53) dans le groupe témoin mais il n'était pas constaté de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,43$).

A la question sur l'inquiétude parentale inhabituelle, 47% (17 sur 39) des parents ont répondu par l'affirmative dans le groupe TSA, contre 26% (14 sur 53) dans le groupe témoin, sans qu'il ne soit retrouvé de différence significative entre les deux groupes ($p = 0,12$).

Suite aux événements victimisants, des symptômes cliniques de retentissement avaient été repérés par 79,5% des parents d'enfants avec TSA, contre 69,8% concernant les parents d'enfants témoins. Sur l'ensemble des symptômes cliniques explorés pouvant faire suite aux victimisations, plusieurs ont été retrouvés en nombre significativement supérieur dans le groupe TSA par rapport au groupe témoin. C'était le cas des *flash-back*, des comportements d'évitement, de l'insomnie, de l'hypervigilance, des troubles de l'attention ou de la concentration et de l'isolement social. Une tendance supérieure était mise en évidence dans le groupe TSA pour l'énurésie. Les pourcentages des symptômes cliniques de retentissement sont présentés et comparés dans le tableau 6.

En moyenne, un nombre significativement supérieur de symptômes de retentissement repérés par les parents après les victimisations était retrouvé dans le groupe TSA par rapport au groupe témoin ($4,49 \pm 3,41$ versus $2,3 \pm 2,61$, $p = 0,001$).

Il n'était pas constaté de différence significative entre les deux groupes concernant une prise en charge ambulatoire ou hospitalière faisant suite aux victimisations. Il n'y avait pas non plus de différence significative quant à la mise en place d'une information préoccupante ou d'un signalement relatifs aux victimisations, ni pour l'existence d'une plainte, d'une sanction ou de poursuites pénales contre le ou les éventuel(s) agresseur(s) présumé(s). Aucune mesure de protection de type aide éducative en milieu ouvert ou placement n'avait été mise en place sur l'ensemble de la population. Aucun des sujets de l'ensemble de la population ou leurs parents n'avaient bénéficié de dommages-intérêts suite aux victimisations.

En moyenne, les scores de PCL-S étaient significativement plus élevés dans le groupe TSA par rapport au groupe témoin ($28,79 \pm 9,72$ versus $20,89 \pm 4,74$, $p < 0,001$). Huit pour cent des sujets (3 sur 39) avait un diagnostic d'état de stress post-traumatique avec un score-seuil supérieur à 44 dans le groupe TSA, contre aucun dans le groupe témoin.

	TSA (n = 39)	Témoins (n = 53)
Flash-back	13 (33,3%) *	6 (11,3%) *
Remises en acte dans les jeux ou les activités	4 (10,3%)	2 (3,8%)
cauchemars	10 (25,6%)	8 (15,1%)
Anesthésie affective	5 (12,8%)	1 (1,9%)
Anhédonie	1 (2,6%)	2 (3,8%)
Pessimisme	13 (33,3%)	10 (18,9%)
Comportements d'évitement	12 (30,8%) *	6 (11,3%) *
Amnésie sélective des faits	10 (25,6%)	12 (22,6%)
Irritabilité	13 (33,3%)	11 (20,8%)
Insomnie	15 (38,5%) *	9 (17,0%) *
Hypervigilance	9 (23,1%) *	3 (5,7%) *
Trouble de l'attention ou de la concentration	14 (35,9%) **	5 (9,4%) **
Plaintes somatiques	4 (10,3%)	6 (11,3%)
Enurésie	3 (7,7%)	0 (0,0%)
Reprise de la succion du pouce	1 (2,6%)	2 (3,8%)
Tristesse de l'humeur	5 (12,8%)	2 (3,8%)
Dévalorisation	14 (35,9%)	12 (22,6%)
Anxiété	11 (28,2%)	8 (15,1%)
Addictions	0 (0,0%)	2 (3,8%)
Conduites à risques	3 (7,7%)	5 (9,4%)
Isolement social	7 (17,9%) *	2 (3,8%) *
Trouble du comportement alimentaire	3 (7,7%)	4 (7,5%)
Scarification	2 (5,1%)	2 (3,8%)
Tentative de suicide	3 (7,7%)	2 (3,8%)

Tableau 6. Pourcentages comparés entre les deux groupes TSA et témoin pour chaque symptôme de retentissement des victimisations.

Test du Chi2. Les données sont exprimées en valeur absolue (pourcentage).

* Seuil de significativité $p < 0,05$. ** Seuil de significativité $p < 0,01$.

TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

4. Variables associées à la victimisation (tableau 7.)

Des associations entre les taux de victimisations et d'autres variables ont été recherchées dans les deux groupes au moyen de coefficients de corrélation. Le lien entre la victimisation d'une part, et l'âge, le déficit en interactions sociales (score de SRS), la sévérité de la symptomatologie traumatique (score de PCL-S) et le niveau intellectuel (score de QI) d'autre part, a ainsi été observé.

4.1. Victimisation sur la vie entière

Dans le groupe TSA, on rencontrait une corrélation positive significative avec l'âge et le score à la PCL-S.

Dans le groupe témoin, une corrélation positive était significativement retrouvée avec le score à la PCL-S mais elle était plus faible que dans le groupe TSA.

4.2. Victimisation sur l'année précédente

Dans le groupe TSA, une corrélation négative était significativement retrouvée avec l'âge ; une corrélation positive était significativement retrouvée avec le score à la PCL-S et le score à la SRS ajusté sur le sexe (T-score).

Dans le groupe témoin, une corrélation négative était significativement retrouvée avec l'âge mais elle était plus faible que dans le groupe TSA ; une corrélation positive était significativement retrouvée avec le score à la PCL-S mais elle était plus faible que dans le groupe TSA.

Aucune corrélation significative avec les scores de QI n'était constatée dans les deux groupes.

	Score JVQ-SSV Vie entière		Score JVQ-SSV Année précédente	
	TSA	Témoins	TSA	Témoins
Age	0,307*	0,094	-0,464**	-0,276*
PCL-S	0,553***	0,447**	0,341*	0,335
SRS (T-score)	0,042		0,314*	
QI verbal (ICV)	0,109		0,049	
QI performance (IRP)	0,136		-0,147	
QI global	0,074		-0,001	

Tableau 7. Variables associées aux scores de victimisation (vie entière et année précédente).
 Corrélation de Pearson. Les données sont exprimées en coefficient de corrélation.
 * Seuil de significativité $p < 0,05$. ** Seuil de significativité $p < 0,01$. *** Seuil de significativité $p < 0,001$.
 ICV = Indice de communication verbale. IRP = Indice de raisonnement perceptif. JVQ-SSV = *Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version*. PCL-S = *Post-traumatic stress disorder CheckList - Scale*. QI = Quotient intellectuel. SRS = *Social Responsiveness Scale*. TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

5. Analyses complémentaires au sein du groupe TSA

Après l'analyse descriptive puis comparative des données entre les deux groupes, les moyennes des scores de victimisation ont été comparées en fonction de certaines variables au sein du groupe TSA. Les résultats de ces analyses intra-groupes sont présentés dans le tableau 8. Un test U de Mann-Whitney a été utilisé lorsque les effectifs étaient insuffisants.

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux sexes pour le JVQ-SSV sur la vie entière et au cours de l'année précédente (respectivement $p = 0,5$ et $p = 0,4$).

Les scores de JVQ-SSV sur la vie entière et au cours de l'année précédente étaient plus élevés pour les participants avec TSA scolarisés en milieu ordinaire, sans AVS et avec un TDA/H comorbide. Il n'était cependant pas constaté de différence significative sur ces résultats.

Les moyennes de JVQ-SSV sur la vie entière et de PCL-S étaient plus élevées parmi les sujets victimisés à l'école uniquement par rapport à ceux victimisés à la maison uniquement mais aucun test statistique n'a été réalisé du fait de la faiblesse des effectifs.

	Score JVQ-SSV Vie entière	Score JVQ-SSV Année précédente
Scolarité		
Ordinaire uniquement (n = 17)	6 (3,84)	2,24 (2,46)
Spécialisée/assistée (n = 22)	4,64 (3,02)	1,64 (1,67)
AVS		
Présence (n = 28)	4,93 (3,57)	1,64 (1,77)
Absence (n = 11)	6 (3,03)	2,55 (2,62)
Comorbidité TDA/H		
Présence (n = 21)	5,24 (3,65)	2,19 (1,99)
Absence (n = 18)	5,22 (3,25)	1,56 (2,12)

Tableau 8. Moyennes des scores de victimisation comparées en fonction du type de scolarité, de la présence ou non d'un AVS et de la présence ou non d'un TDA/H comorbide dans le groupe TSA.

Test t de Student. Les données sont exprimées en moyenne (écart-type).

AVS = Auxiliaire de vie scolaire. JVQ-SSV = *Juvenile Victimization Questionnaire - Screener Sum Version*. TDA/H = Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

V. DISCUSSION

A notre connaissance, il s'agirait de la première étude contrôlée en France évaluant la prévalence de la victimisation et de la poly-victimisation chez des enfants et adolescents avec TSA.

Les principaux résultats montrent que les participants avec TSA sont particulièrement exposés à la victimisation. Près de 72% de ces enfants et adolescents avaient subi au moins un événement victimisant au cours de l'année précédente contre 58,5% dans le groupe témoin. Parmi eux, 23% étaient des poly-victimes dont un de façon sévère. Ces fortes prévalences de victimisation et poly-victimisation peuvent s'expliquer par le nombre important de facteurs de risque victimaires retrouvés dans cette population : âge jeune, sexe masculin, isolement du fait du handicap social, appartenance à une catégorie de population facilement stigmatisée par la société, difficultés à décrypter les intentions des autres pouvant entraîner une imprudence, une négligence, un manque de vigilance voire une confiance immodérée en l'honnêteté d'autrui.

Au sein de cette victimisation dans le groupe TSA, les trois quarts avaient eu lieu à l'école. Parmi les différentes formes de victimisation explorées, une forte prédominance de la victimisation par les pairs et la fratrie était retrouvée. Près de 54% des participants avec TSA avaient été victimisés par leurs pairs ou leur fratrie au cours de l'année précédente. Ceci montre que les enfants et adolescents avec TSA sont directement exposés à la victimisation en milieu scolaire, lorsqu'ils sont en contact avec leurs pairs. Ces résultats sont en accord avec les prévalences élevées de *bullying* chez les enfants et adolescents avec TSA retrouvées dans la littérature (Little, 2002 : 94% ; Carter, 2009 : 65% ; Blake et coll., 2012 : 85% ; Sterzing et coll., 2012 : 46%).

Les victimisations liées à une criminalité classique étaient également nombreuses. La méthodologie du questionnaire utilisé dans notre étude imposait de coter plusieurs fois un même événement s'inscrivant dans plus d'une catégorie de victimisation (Hamby et coll., 2004). C'était le cas des agressions physiques par les pairs ou la fratrie, rapportées à la fois dans les victimisations liées à une criminalité classique et les victimisation par les pairs ou la fratrie. On peut donc faire l'hypothèse que les forts taux retrouvés pour ces deux types de victimisation se confondent dans nos résultats.

En revanche, les taux de maltraitance physique et sexuelle dans notre étude (8% et 3%, respectivement) étaient plus de deux fois moindres que ceux constatés dans la littérature (18,5% et 16,6%, respectivement ; Mandell et coll., 2005). Ce résultat peut s'expliquer par la taille de notre échantillon et l'utilisation d'une méthodologie différente.

La victimisation était aussi fréquente parmi les participants témoins dans cette étude. Ceci montre que les enfants et adolescents de la population générale y sont également exposés au sein

de la société actuelle. En effet, 58,5% des témoins avaient été victimisés au moins une fois (toutes formes de victimisation confondues) au cours de l'année précédente dans notre étude. Ce résultat est en adéquation avec la prévalence de victimisation retrouvée dans la population générale (57,7% au cours de l'année précédente ; Finkelhor et col, 2013).

Toutefois, la littérature montre que la victimisation par *bullying* est plus fréquente chez les enfants et adolescents avec TSA que chez ceux de développement typique (Wainscot et coll., 2008 ; Twyman et coll., 2010 ; Symes et Humphrey, 2010 ; Rowley et coll., 2012 ; Kloosterman et coll., 2013 ; Zeedyk et coll., 2014 ; Mayes et coll., 2015), ce qui est en accord avec nos résultats. Dans notre étude, le score de victimisation ainsi que le sous-score de victimisation par les pairs et la fratrie sur la vie entière étaient significativement plus élevés dans le groupe d'enfants et adolescents avec TSA comparativement au groupe témoin. On peut donc penser que, dans le cadre du *bullying*, les enfants et adolescents avec TSA sont non seulement plus touchés par ce type de victimisation que dans la population générale, mais également plus régulièrement. Ils seraient sujets à des victimisations répétées au cours de leur vie de la part des pairs et de la fratrie. Ces résultats peuvent également être mis en rapport avec ceux de Cuevas et coll. (2009) qui ont montré que les enfants avec un diagnostic psychiatrique étaient plus victimisés que les enfants sans diagnostic psychiatrique.

Les agressions avec objet, le harcèlement et l'intimidation avaient une fréquence significativement plus élevée dans le groupe TSA comparativement au groupe témoin. Une tendance supérieure était également retrouvée pour les agressions liées à une discrimination. Ces événements renvoient directement aux différentes composantes du *bullying* : physique (agressions), émotionnelle (harcèlement, intimidation) et relationnelle (discrimination), retrouvées dans la littérature. De plus, la littérature montre que le *bullying* physique est le plus souvent le fait des garçons alors que les filles sont plus souvent les auteures de *bullying* émotionnel. Les taux d'agressions et d'intimidation des participants avec TSA par leurs pairs étaient relativement similaires dans notre étude (67% et 59%, respectivement). Ces résultats suggèrent que les enfants et adolescents avec TSA de notre échantillon étaient indifféremment la cible de leurs pairs des deux sexes.

Une association entre la victimisation et différents facteurs était recherchée dans notre étude.

Les taux de victimisation sur la vie entière étaient plus importants chez les participants les plus âgés. Ce résultat correspond à l'accumulation d'événements victimisants au cours de la vie de l'enfant. Il est directement lié à la méthodologie du questionnaire utilisé dans notre étude. En revanche, les résultats montraient que ce sont les enfants les plus jeunes qui avaient été le plus victimisés au cours de l'année précédente. Ces phénomènes de victimisation débuteraient donc tôt dans la vie des individus avec TSA et deviendraient de moins en moins fréquents au fur et à

mesure que l'enfant vieillit. Ce résultat suggère un processus d'apprentissage et le développement de stratégies d'adaptation sociale au cours de la vie de ces enfants avec TSA sans déficience intellectuelle.

L'association entre sexe et victimisation n'avait pas été recherchée du fait du faible nombre de filles dans notre échantillon avec TSA.

La littérature montre que les enfants avec déficience intellectuelle sont fortement exposés à la victimisation par les pairs (Mayes et coll., 2015). Le niveau de développement cognitif mesuré par le QI était hétérogène dans notre échantillon d'enfants et adolescents avec TSA. On aurait donc pu penser que plus le niveau était faible, plus la victimisation aurait été forte. Toutefois, aucune corrélation n'avait été mise en évidence entre les taux de victimisation et le niveau de développement cognitif dans notre étude. Les participants avec TSA étaient tous scolarisés avec un QI supérieur à 70. Il se peut que le niveau de développement cognitif dans notre échantillon ne soit pas suffisamment faible pour avoir une influence significative sur le taux de victimisation.

Aucune association n'a été constatée entre les taux de victimisation et la présence d'un TDA/H comorbide dans notre étude. Des taux importants de victimisation sont cependant retrouvés dans la littérature parmi les enfants et adolescents avec TDA/H (Chou et coll., 2014 ; Yen et coll., 2014).

L'incidence du *bullying* est liée à la présence d'une faiblesse ou d'une différence chez la victime. Nos résultats laissent penser que la victimisation des participants de notre étude serait majoritairement liée à des facteurs propres aux TSA : difficultés de communication, stéréotypies de comportement, intérêts restreints, maladresse motrice, bizarrerie de contact. Dans le groupe TSA, plus les capacités d'interactions sociales — mesurées par l'échelle de réciprocité sociale (SRS) — étaient faibles chez les participants et plus ceux-ci étaient victimisés. Ce résultat renforce l'hypothèse du lien direct entre déficit en compétences sociales, caractéristique des TSA, et victimisation dans cette population, en particulier par les pairs.

Selon la littérature, les enfants et adolescents avec TSA scolarisés en milieu ordinaire sont plus victimisés que ceux scolarisés en milieu spécialisé (Sreckovic, Brunsting et Able, 2014). Ceci concorde avec les résultats de notre étude bien que la différence que nous retrouvons ne soit pas significative.

Le retentissement clinique des victimisations était important dans notre étude chez les enfants et adolescents avec TSA. Près de 80% des parents des participants du groupe TSA rapportaient des symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT), de dépression et d'anxiété chez leur enfant. Les scores de l'échelle d'ESPT étaient significativement plus élevés dans le groupe TSA et plus fortement corrélés avec les taux de victimisation, comparativement au groupe témoin. Trois sujets (8%) avec TSA avaient un diagnostic d'ESPT, contre aucun dans le groupe témoin.

Il existe donc une prévalence non négligeable de l'ESPT parmi les enfants et adolescents avec TSA victimisés. Une prévalence élevée d'ESPT chez les enfants avec TSA est constatée dans la littérature (17% ; Mehtar et Mukaddes, 2011), ce qui concorde avec nos résultats. Les enfants et adolescents avec TSA seraient donc plus susceptibles de développer un ESPT suite à des victimisations que ceux de la population générale.

Ces résultats sont surprenants. Peu d'études explorent la relation entre TSA et ESPT. On pourrait penser que les individus avec TSA sont protégés de l'ESPT du fait de leur faible capacité à se diriger vers le monde environnant. Nos résultats montrent l'inverse et même une plus forte prévalence d'ESPT que chez les enfants de développement typique. Ceci peut s'expliquer par les difficultés de ces enfants avec TSA à exprimer leurs émotions. Du fait de cette absence de plainte, le stress de ces enfants ne serait pas détecté à la suite d'un événement traumatique. L'anxiété n'étant pas verbalisée, aucune intervention ne peut être réalisée afin de prévenir l'apparition de symptômes de stress post-traumatiques. Les comportements liés aux évitements et à l'hyperactivité neurovégétative (agitation, refus scolaire) peuvent être mis sur le compte du TSA par l'entourage alors qu'ils sont dus au stress. La souffrance liée à ce trouble anxieux, si elle est tue par l'enfant avec TSA, n'en reste pas moins significative.

Parmi les symptômes plus fréquemment rapportés chez les participants avec TSA, les comportements d'évitement, l'hypervigilance et l'isolement social pourraient être directement liés à la symptomatologie autistique de ces sujets plutôt qu'à un authentique ESPT. Dans notre échantillon, 54% des participants avec TSA avaient un TDAH comorbide. Ceci pourrait expliquer la plus grande fréquence des troubles de l'attention ou de la concentration rapportés dans ce groupe. Les résultats en matière de retentissement ont pu être sous-estimés dans le groupe témoin. Les parents des participants avec TSA bénéficient d'une éducation thérapeutique auprès des professionnels de santé leur permettant d'être plus attentifs à la survenue d'éventuels symptômes de détresse chez leur enfant.

Outre sa puissance statistique limitée du fait de la taille de l'échantillon, cette étude comporte plusieurs limites.

Pour des raisons éthiques, aucune évaluation psychiatrique n'a été réalisée dans le groupe témoin. Des sujets témoins souffrant de pathologie mentale non connue ont pu être inclus dans notre étude. Les enfants et adolescents avec diagnostic psychiatrique sont plus à risque d'être victimisés (Cuevas et coll., 2009 ; Gren-Landell et coll., 2011 ; Prayez et coll., 2011). Ceci pourrait expliquer les plus faibles différences de victimisation de notre étude entre participants avec TSA et témoins que celles retrouvées dans la littérature (Wainscot et coll., 2008 ; Twyman et coll., 2010 ; Zeedyk et coll., 2014 ; Mayes et coll., 2015).

Le groupe TSA de notre étude pourrait ne pas être représentatif des enfants et adolescents avec TSA de la population générale. Nos participants avec TSA sont en totalité suivis au CRA

Aquitaine. Leur entourage bénéficie d'un étayage important de la part des professionnels de santé et des différents intervenants. Ceci peut favoriser la prévention de certaines formes de victimisation.

La plus forte proportion de participants de sexe masculin au sein de notre population a pu entraîner une sous-estimation de la victimisation chez les filles, notamment de la victimisation sexuelle, plus fréquente chez elles (Finkelhor et Dziuba-Leatherman, 1994 ; Halperin et coll., 1996).

La mesure de la victimisation était effectuée au moyen d'un hétéro-questionnaire dans notre étude. Le recueil des données auprès des parents des sujets inclus a pu entraîné un biais d'information. Un effet de sous-estimation a pu être engendré dans les deux groupes pour certaines formes de victimisation. C'est le cas des victimisations sexuelles pouvant susciter un sentiment de honte chez l'enfant ou l'adolescent. Le questionnaire de notre étude a toutefois fait l'objet d'une validation. Il a été utilisé par plusieurs auteurs, notamment au Québec (Cyr, Clément et Chamberland, 2013). Il n'a cependant pas été validé en France.

Même si elle est de mieux en mieux décrite, la victimisation est un phénomène qui demeure compliqué. Il est difficile de l'objectiver, en particulier chez les sujets avec TSA. Il est probable qu'un certain nombre d'événements victimisants n'ont pas été dépistés chez ces sujets du fait de l'absence de plainte. Malgré tout, les parents des participants avec TSA bénéficient d'une éducation thérapeutique auprès des professionnels de santé. Ils seraient donc plus sensibilisés à repérer ces phénomènes. Un effet de surestimation a pu être entraîné dans le groupe TSA.

Aucune donnée sur la victimisation par *cyberbullying* n'a été recueillie au cours de ce travail. La version du JVQ explorant ce type de victimisation n'était pas encore disponible au moment de l'étude. Les résultats sur la victimisation globale ont pu, de fait, être sous-estimés. La littérature montre que le *cyberbullying* est fréquent et en augmentation depuis ces dernières années chez les enfants et adolescents de la population générale (DEPP/Ministère de l'éducation nationale, 2011, 2013). Les sujets avec TSA sont également fortement concernés par cette nouvelle forme de victimisation (Kowalski et Fedina, 2011 ; Kloosterman et coll., 2013, Pourre et coll., 2014).

Aborder avec des parents un sujet tel que la victimisation de leur enfant est délicat. Il est notamment difficile d'évoquer les différentes formes de maltraitance. Cependant, dans le groupe avec TSA, la grande majorité de parents contactés a accepté de participer à l'étude (95%). Le *Juvenile Victimization Questionnaire* (JVQ) permet d'interroger les enfants et/ou leurs parents sans que l'auteur de la victimisation explorée ne soit désigné dans la question posée (cf annexe 2.). La coopération des parents répondants est favorisée en leur évitant l'apriori d'un examinateur malveillant ou suspicieux. Malgré tout, dans une volonté d'un recueil de données précis, le

développement d'un questionnaire de victimisation spécifique à l'enfant avec TSA semble opportun.

Les résultats de cette étude sont alarmants quand on sait que la victimisation, et en particulier le *bullying* en milieu scolaire, exposent ceux qui en sont victimes à de graves conséquences : dégradation de l'estime de soi, fléchissement scolaire (Reid et Batten, 2006), troubles du comportement internalisés et externalisés (Parker et Asher, 1987), suicide dans les cas les plus sévères (Olweus, 1993). Ces résultats incitent également à surveiller l'apparition de symptômes d'état de stress post-traumatique (ESPT) faisant suite à une victimisation. Les professionnels de santé devraient être sensibilisés à la survenue d'un tel trouble anxieux chez l'enfant et l'adolescent, d'autant plus que des thérapeutiques efficaces existent (Vila, Porche et Mouren-Siméoni, 1999).

Depuis l'adoption de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les enfants et adolescents avec TSA en France sont aujourd'hui de plus en plus intégrés en milieu scolaire ordinaire. Or ils sont, de par leur trouble, plus exposés au *bullying* que leurs camarades de développement typique. Il semble opportun de prendre en compte ce constat, à la fois dans les projets personnalisés de scolarisation (PPS) des élèves avec TSA et dans le développement de futurs programmes de prévention anti-harcèlement. Cette disposition permettrait de mieux informer les différents intervenants pédagogiques — enseignants, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie scolaire (AVS) — sur le risque de victimisation de leurs élèves avec TSA. Toutefois, une proximité trop importante des assistants à l'intégration (éducateurs, AVS) peut venir perturber les interactions sociales de l'élève avec ses pairs et aggraver sa stigmatisation auprès d'eux (Paquet, Clément et Magerotte, 2012).

L'intégration sociale de ces enfants et adolescents avec TSA en milieu scolaire est réalisée au contact de leurs pairs. Il convient donc de sensibiliser ceux-ci aux particularités de leurs camarades avec TSA et de favoriser la reconnaissance positive de la différence dans une société qui est hostile à cette différence. De plus, il a été montré que la présence d'amitiés autour de l'enfant ou de l'adolescent avec TSA diminuait le risque de victimisation (Hodges et coll., 1999 ; Gray, 2004). En ce sens, la mise en place d'un tutorat ou de groupes de soutien par les pairs (*peer-support*) paraît être une stratégie satisfaisante dans la prévention de la victimisation des élèves avec TSA (Carter, Sisco et Chung, 2012).

Les parents devraient être avertis quant au risque de victimisation chez leur enfant avec TSA, notamment auprès des professionnels de santé, si tant est que ceux-ci soient également sensibilisés à ce problème. En outre, concernant les victimisations les plus graves, les démarches visant à la reconnaissance de l'enfant en tant que victime devraient être entreprises, notamment auprès d'associations.

Une intervention doit aussi et surtout être réalisée auprès de l'enfant avec TSA lui-même. D'après les résultats de notre étude, la victimisation des participants avec TSA augmentent avec leur déficit en interactions sociales. Les groupes d'habiletés sociales ont montré une efficacité dans le développement des compétences sociales des enfants et adolescents avec TSA, favorisant la construction de relations amicales protectrices des victimisations (Laugeson et coll., 2012). Grandin (2014), auteure avec TSA, insiste sur la valorisation des compétences spécifiques de l'enfant, favorisant son intégration sociale.

La réduction des troubles liés aux comportements stéréotypés de l'enfant avec TSA est également indiquée. Ces troubles du comportements entraîne le rejet, voire la victimisation de la part de l'entourage (Motttron, 2004). L'utilisation de certaines pratiques fondées sur des preuves a montré une efficacité (Odom et coll., 2010).

Enfin, il parait indispensable de sensibiliser ces enfants et adolescents avec TSA au problème de la victimisation en développant leurs compétences en théorie de l'esprit. Ils pourraient alors mieux reconnaître les situations victimisantes et être eux-même des acteurs de prévention de leur propre victimisation. Parallèlement, de meilleures compétences en théorie de l'esprit permettraient également d'éviter un retentissement excessif des victimisations. Une mauvaise compréhension des intentions d'autrui est susceptible d'entraîner le sentiment d'être victime, à tort. La souffrance liée à ce sentiment n'en reste pas moins significative.

CONCLUSION

Les enfants et adolescents avec TSA sont, de par les caractéristiques de leur trouble, exposés à des phénomènes de victimisation voire à une poly-victimisation. Leur manque de compétences sociales, leur trouble de la communication et du comportement, leurs difficultés dans l'interprétation du comportement d'autrui, bref, leur différence, augmentent leur risque de subir un événement victimisant, en particulier au contact de leurs pairs à l'école. Ce phénomène s'inscrit dans le concept du *bullying* — défini par une agressivité sur le long terme d'un ou plusieurs jeunes sur un autre — ayant fait l'objet de plusieurs études chez l'enfant avec TSA. Ces victimisations ont pour conséquences d'entraîner des symptômes de stress post-traumatiques chez les enfants qui y sont exposés, avec un impact social, affectif et scolaire notable, voire des conséquences graves pouvant aller jusqu'à des conduites suicidaires.

La mise en place de mesures semble nécessaire afin de prévenir la survenue de ces phénomènes. Il convient de sensibiliser l'ensemble des intervenants gravitant autour de l'enfant avec TSA, c'est-à-dire ses parents, ses enseignants et assistants à l'intégration scolaire, ainsi que les professionnels de santé qui le suivent, dans une volonté de coopération multidisciplinaire, sans oublier l'enfant avec TSA lui-même. La précocité du diagnostic contribue à cette intervention. Un étayage spécifique auprès de l'enfant doit lui permettre d'éviter une surexposition à des événements victimisants et de se protéger d'éventuels individus mal-intentionnés. La prise en compte de cet enjeu lors de l'établissement du projet personnalisé de scolarisation de l'enfant et dans le développement de futurs programmes anti-harcèlement favoriserait notamment la prévention de la victimisation de ces enfants et adolescents avec TSA par leurs pairs.

En ce sens, le Troisième plan autisme (Carlotti, 2013) prévoit d'inclure un module sur les troubles cognitifs et comportementaux au cours de la formation des professionnels de l'Education nationale. Cependant, un enseignement plus spécifique sur les troubles autistiques semble opportun, en particulier dans la formation des personnes intervenant directement auprès des jeunes qui en sont porteurs.

Des stratégies d'accompagnement multiples peuvent également prévenir la victimisation des enfants et adolescents avec TSA à l'école. Outre l'accompagnement par un auxiliaire de vie scolaire ainsi que par d'autres jeunes avec TSA au sein de groupes d'habiletés sociales, une intervention auprès des pairs scolaires de développement typique paraît primordial. Ces mêmes pairs, s'ils sont des agresseurs potentiels, peuvent devenir de véritables agents d'intégration et de protection auprès de l'enfant avec TSA, en particulier en milieu scolaire. Différentes stratégies ont

montré leur efficacité (Harrower et Dunlap, 2001) : **le tutorat par les pairs** où l'élève avec TSA est apparié avec un élève de développement typique afin d'améliorer ses performances scolaires et ses interactions sociales, l'ensemble des élèves de la classe pouvant également travailler en binôme afin que l'enfant avec TSA ne soit pas discriminé ; **le soutien par les pairs**, similaire au tutorat mais mettant l'accent sur l'amélioration des compétences sociales de l'élève avec TSA, d'autant plus efficace lorsque les pairs de développement typique sont formés à reconnaître les caractéristiques de l'autisme ; **les groupes d'apprentissage coopératifs**, mis en place dans un cadre bien défini au titre d'objectif pédagogique au sein d'une classe, et permettant de promouvoir la réussite scolaire et les interactions sociales des élèves avec TSA, dans une volonté d'autonomisation du groupe, l'enseignant s'effaçant peu à peu après avoir initié cette intervention.

Cependant, il existe peu de données relatives à cette question dans la littérature. Il conviendrait de centrer de futures études sur ce type d'intervention fondée sur la médiation par les pairs.

D'autres perspectives de recherche peuvent être envisagées. La création d'un outil de mesure de la victimisation, spécifique de l'enfant avec TSA, semble nécessaire en vue de recueillir des données précises et d'uniformiser la méthodologie des études futures.

En outre, s'ils sont fortement victimisés, il n'est pas impossible que ces enfants et adolescents avec TSA soient également auteurs de victimisations et la littérature actuelle ne semble pas exhaustive à ce sujet.

Il paraît également opportun d'approfondir la relation entre TSA et état de stress post-traumatique (ESPT) au moyen d'études épidémiologiques et expérimentales. Ceci pourrait permettre de sensibiliser les membres du corps médical au diagnostic d'ESPT chez les personnes avec TSA, notamment dans la suite d'une victimisation, afin qu'ils puissent le traiter.

Il serait enfin intéressant, suite à l'étude pilote que nous avons menée, de réaliser des enquêtes de victimisation à grande échelle chez les jeunes avec TSA, afin d'améliorer l'évaluation de leur victimisation et de favoriser leur inclusion en milieu scolaire. Des études explorant la victimisation chez les adultes avec TSA seraient aussi pertinentes, ceux-ci étant à ce jour peu représentés dans la littérature victimologique.

ANNEXE 1. REVUE DE LA LITTÉRATURE : VICTIMISATION ET TSA CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Auteur (année et lieu)	Type de victimisation/ Périodicité	Population et caractéristiques (nombre, pourcentage de garçons, diagnostics, âge)	Recueil des données/ personnes interrogées	Principaux résultats
Little (2002) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Année précédente	411 participants (82%) 310 TSA 63 TANV 38 TSA et TANV 4 à 17 ans	JVQ ; questionnaire sur l'exclusion par les pairs (créé par l'auteure) Parents	<u>Victimisation</u> : 94% (<i>bullying</i> : 75% ; agression par les pairs et la fratrie : 73% ; agression par une bande : 10%) <u>Exclusion</u> : jusqu'à 33%
Mandell et coll. (2005) (Etats-Unis)	Maltraitance et victimisation sexuelle Vie entière	156 participants TSA (100%) 12 ans (moyenne)	<i>Comprehensive Community Mental Health Services for Children and their Families Program</i> ; entretien clinique structuré Sujets/parents	<u>Maltraitance physique</u> : 18,5% <u>Agression sexuelle</u> : 16,6%
Wainscot et coll. (2008) (Royaume-Uni)	Victimisation par les pairs Non précisé	57 participants (96,5%) 30 TSA 3 dyslexiques 24 témoins 11 à 18 ans	Il était demandé aux participants si quelqu'un leur en voulait et pourquoi. Sujets	<u>TSA</u> Victimisation : 90% (une fois par semaine : 87%) <u>Témoins</u> Victimisation : 56% (une fois par semaine : 48%)
Carter (2009) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Année précédente	34 participants TSA (88%) 5 à 21 ans	JVQ ; questionnaire sur l'exclusion par les pairs (Little, 2002) Parents	<u>Victimisation</u> : 64,7% <u>Exclusion</u> : jusqu'à 11,8%
Van Roekel et coll. (2010) (Pays-Bas)	Victimisation par les pairs Fréquence par mois et par semaine	230 participants TSA (90%) (17% avec TDA/H) 12-19 ans	Questionnaire avec échelle à cinq points de Lickert Sujets/pairs/enseignants	<u>Victimisation plus qu'une fois par mois</u> : Enseignants : 30% Pairs : 7% Sujets : 17% <u>Victimisation plus qu'une fois par semaine</u> : Enseignants : 18% Pairs : 0,4% Sujets : 10%

Twyman et coll. (2010) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Mois précédent	294 participants 32 TSA (78%) 100 TDA/H 35 TA 24 TI 6 TE 3 TI/E 21 fibrose kystiques 73 témoins 8 à 17 ans	<i>Bully-Victimization Scale</i> (Reynolds, 2003) ; <i>Ostracism Student Screen</i> (Saylor et Leach, 2009) Sujets	<u>Victimisation</u> : 29% pour le groupe TSA (trois à quatre fois plus que dans le groupe témoin) <u>Exclusion</u> : 42,9%
Symes et Humphrey (2010) (Royaume-Uni)	Victimisation par les pairs Semaine précédente	120 participants 40 TSA 40 dyslexiques 40 témoins Adolescents	<i>My Life in School Questionnaire</i> (Arora et Thompson, 1987) Sujets	<u>Victimisation</u> : TSA > dyslexiques et témoins
Kowalski et Fedina (2011) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Deux mois précédents	42 participants TSA + TDA/H (57%) 10 à 20 ans	<i>Olweus Bully/Victim Questionnaire</i> (Olweus, 1996/2004) ; <i>Electronic Bullying Questionnaire</i> (Kowalski et Limber, 2007) Sujets/Parents	<u>Bullying</u> : Sujets : 57% (plusieurs fois par semaine : 19%) Parents : 70,2% <u>Cyberbullying</u> : Sujets : 21,4% Parents : 15%
Blake et coll. (2012) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Année scolaire courante ou précédente	13 516 participants 1438 TSA 6 à 18 ans	Il était demandé aux parents si leur enfant avait été victimisé par des pairs à l'école ou sur le chemin de l'école au cours de l'année courante ou de l'année précédente.	<u>Victimisation entre 6 et 11 ans</u> : 25,9% <u>Victimisation entre 11 et 14 ans</u> : 31% <u>Victimisation entre 14 et 18 ans</u> : 28,5%
Cappadocia et coll. (2012) (Canada et Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Mois précédent	192 participants TSA (85%) 5 à 21 ans	<i>Promoting Relationships and Eliminating Violence Network Assessment Tool – Parent Version</i> (PREVNet Assessment Working Group, 2008) Parents	<u>Victimisation</u> : 77% au cours du dernier mois
Chen et Schwartz (2012) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Année scolaire courante	33 participants TSA (91%) (25 inclus dans l'analyse) 8 à 13 ans	<i>Bullying Survey for ASD</i> (créée par les auteurs) Sujets/parents/enseignants	<u>Victimisation</u> : Sujets : 28% Parents : 36% Enseignants : 12%

Rowley et coll. (2012) (Royaume-Uni)	Victimisation par les pairs Six mois précédents	180 participants 100 TSA (88%) (89 inclus dans l'analyse) 80 témoins 43 DI 10 TL 13 TH 14 ATN 10 à 12 ans	<i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (Goodman, 1997) ; <i>Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic</i> , module 3 (Lord et coll., 1989) Sujets/parents/enseignants	<u>Victimisation des TSA</u> : Sujets : 41,5% Parents : 33% Enseignants : 11,6% <u>Victimisation des témoins</u> : Parents : 15,2% Enseignants : 9,5%
Sterzing et coll. (2012) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Année précédente	900 participants TSA Témoins avec TA, DI et TL 12 à 18 ans	Deux questions sur l'occurrence du <i>bullying</i> Parents	<u>Victimisation</u> : TSA : 46,3% TA : 48,8% DI : 56,7% TL : 47%
Storch et coll. (2012) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Semaine précédente	60 participants TSA (80%) 11 à 14 ans	<i>Revised Peer Experiences Questionnaire</i> (Prinstein et coll., 2001) Sujets	<u>Victimisation</u> : Manifeste : 0% Relationnelle : 6,7% « Réputationnelle » : 15%
Zablotsky et coll. (2013) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Mois précédent	1221 participants TSA (82%) (1103 inclus dans l'analyse) 6 à 15 ans	Question unique sur l'occurrence d'une victimisation au cours du mois précédent Parents	<u>Victimisation</u> : 38% (dont 28% de <i>bullying</i> fréquent)
Kloosterman et coll. (2013) (Canada)	Victimisation par les pairs Deux mois précédents	70 participants (100%) 24 TSA 22 TA et/ou TDA/H 24 témoins 11 à 18 ans	<i>Bully-victimization inventory</i> (Olweus, 1997) Sujets	<u>Victimisation des TSA</u> : <i>Bullying</i> physique : 29,2% <i>Bullying</i> verbal : moqueries : 41,7% ; <i>bullying</i> lié au racisme : 12,5% ; <i>bullying</i> lié à la religion : 16,7% ; harcèlement sexuel verbal : 29,2% <i>Bullying</i> relationnel : exclusion : 45,8% ; victimes de rumeurs : 33,3% <i>Cyberbullying</i> : 12,5% (Internet uniquement)

Hebron et Humphrey (2013) (Royaume-Uni)	Victimisation par les pairs Non précisé	119 parents et 722 enseignants de sujets TSA 5 à 15 ans	<i>Wider Outcomes Survey for Teachers/Parents</i> (Humphrey et coll., 2011) Parents/enseignants	<u>Victimisation</u> : Parents : 77,7 % Enseignants : 65,4%
Zeedyk et coll. (2014) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Non précisé	175 participants 44 TSA (88,6%) 39 DI 92 DT 13 ans	Entretien semi-structuré créé par les auteurs Sujets/mères	<u>Sujets (n = 166)</u> Victimisation : TSA : 75% (<i>bullying</i> physique : 51,5%, verbal : 78,8%, relationnel : 9,1%, chronique : 65,6%) DI : 48,5% DT : 41,6% <u>Mères (n = 156)</u> Victimisation : TSA : 80% (<i>bullying</i> physique : 64,3%, verbal : 71,4%, relationnel : 14,2%, chronique : 78,6%) DI : 56,8% DT : 35,7%
Pourre et coll. (2014) France	Victimisation par les pairs Non précisé	48 participants TSA Adolescents	Non précisé	Victimisation (<i>bullying</i> verbal, physique et relationnel et <i>cyberbullying</i>) : 90%
Duan et coll. (2015) (Chine)	Maltraitance Trois mois précédents	180 participants TSA (77%) 2 à 5 ans	<i>Child Physical Maltreatment Scale</i> (Ma et coll., 2011) Parents	<u>Maltraitance physique</u> : 88% (maltraitance mineure : 86% ; maltraitance sévère : 36%)
Fisher et Taylor (2015) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Vie entière	30 participants TSA (86,7%) 17 à 19 ans	<i>Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic</i> , module 4 (Lord et coll., 1989) Sujets	<u>Victimisation</u> : 73% Verbale : 30% Physique : 20% Relationnelle : 13% Non spécifiée : 23%

Mayes et coll. (2015) (Etats-Unis)	Victimisation par les pairs Deux mois précédents	1707 participants 329 TSA (87,5%) 186 Témoins (43,5%) 6 à 18 ans	<i>Pediatric Behavior Scale</i> (Lindgren et Koepl, 1987) Mères	TSA Victimisation : 75,7% (dont victimisation fréquente à très fréquente : 43,5%) Témoins Victimisation : 16,7% (dont victimisation fréquente à très fréquente : 1,6%)
---	---	---	--	---

Prévalence de la victimisation des enfants et adolescents avec TSA dans la littérature.

ATN = Autre trouble neuro-développemental. DI = Déficience intellectuelle. DT = Développement typique. JVQ = *Juvenile Victimization Questionnaire* (Hamby et coll., 2004). TDA/H = Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. TA = Trouble des apprentissages. TANV = Trouble des apprentissages non verbal. TE = Troubles externalisés. TH = Trouble hyperkinétique. TI = Troubles internalisés. TI/E = Troubles internalisés ou externalisés. TL = Trouble du langage. TSA = Trouble du spectre de l'autisme.

ANNEXE 2. JUVENILE VICTIMIZATION QUESTIONNAIRE - SCREENER SUM
VERSION (Version parent)

CRIMINALITE CLASSIQUE

1. Racket
2. Vol
3. Vandalisme
4. Agression avec objet
5. Agression sans objet
6. Tentative d'agression
7. Kidnapping
8. Agression liée à une discrimination

MAUVAIS TRAITEMENTS A L'EGARD DES ENFANTS

9. Maltraitance physique par les parents ou le tuteur
10. Maltraitance émotionnelle/psychologique
11. Négligence
12. Conflit de garde/enlèvement par un parent

VICTIMISATION PAR LES PAIRS OU LA FRATRIE

13. Agression par un groupe ou une bande
14. Agression par les pairs ou la fratrie
15. Agression aux parties intimes (non sexuelle)
16. Racket et autres formes de violence entre jeunes
17. Intimidation
18. Violence par le/la petit(e) ami(e) ou ex-petit(e) ami(e)

VICTIMISATION SEXUELLE

19. Agression sexuelle par un adulte connu
20. Agression sexuelle non spécifique
21. Agression sexuelle par un pair
22. Viol : tenté ou accompli
23. Exhibitionnisme/exposition sexuelle
24. Harcèlement sexuel verbal
25. Relation sexuelle consentante du mineur avec un adulte

VICTIMISATION INDIRECTE ET EXPOSITION A LA VIOLENCE

26. Témoin de violence conjugale
27. Témoin d'une agression sur la fratrie par un parent
28. Témoin d'une agression avec arme
31. Témoin d'une agression sans arme
30. Cambriolage du domicile familial
31. Meurtre d'un membre de la famille ou d'un ami
32. Témoin de meurtre
33. Exposition à des coups de feu, terrorisme ou émeutes
34. Exposition à la guerre ou à des conflits ethniques

COTATION DU SCORE TOTAL

Sur l'année précédente :

- < ou = 4 : pas de poly-victimisation
- 5 à 7 : poly-victimisation modérée
- > ou = 8 : poly-victimisation sévère

Sur la vie entière :

- > ou = à 11 : poly-victimisation

Je vais maintenant vous poser des questions sur des événements ayant pu se produire dans la vie de votre enfant (si la réponse est affirmative, demander si l'événement a eu lieu au cours des 12 derniers mois ou avant).

1. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà été racketté(e) par quelqu'un ? Par racket, on entend que quelqu'un a eu recours à la force pour lui enlever quelque chose qu'il/elle portait ou transportait ?

- Oui = 1
- Non = 0

2. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un a déjà volé quelque chose à votre enfant sans le lui redonner ? Voici quelques exemples : un sac à dos, de l'argent, une montre, des vêtements, un vélo, un lecteur CD, un Ipod®, ou autre chose.

- Oui = 1
- Non = 0

3. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un a déjà brisé ou détruit intentionnellement un effet personnel appartenant à votre enfant ?

- Oui = 1
- Non = 0

4. Il arrive que des personnes soient agressées AVEC des bâtons, des pierres, des armes à feu, des couteaux ou d'autres objets qui peuvent blesser. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un a déjà intentionnellement frappé ou attaqué votre enfant AVEC un objet ou une arme ? Il se peut que cela se soit produit dans un endroit comme à la maison, à l'école, au magasin, dans une voiture, dans la rue ou ailleurs.

- Oui = 1
- Non = 0

5. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un a déjà frappé ou attaqué votre enfant SANS utiliser d'objet ou d'arme ?

- Oui = 1
- Non = 0

6. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un a déjà commencé à attaquer votre enfant, mais pour une raison quelconque, n'a pas continué à le faire ? Par exemple, quelqu'un pourrait être venu à son aide ou bien votre enfant aurait réussi à s'échapper ?

- Oui = 1
- Non = 0

7. On dit qu'une personne a été kidnappée lorsqu'elle est emmenée quelque part contre son gré par quelqu'un qui, d'après elle, pourrait la blesser (par exemple, dans une voiture). Au cours de sa vie, quelqu'un a-t-il déjà tenté de kidnapper votre enfant ?

- Oui = 1
- Non = 0

8. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà été frappé(e) ou agressé(e) en raison de la couleur de sa peau, de sa religion ou de l'endroit d'où vient sa famille ? En raison d'un problème physique ou mental ? Ou parce que quelqu'un a dit que votre enfant était homosexuel(le) ?

- Oui = 1
- Non = 0

Maintenant, je vais vous poser des questions sur les adultes qui s'occupent de votre enfant, c'est-à-dire ses parents, ses nourrices ou baby-sitters, des adultes qui vivent avec vous ou d'autres adultes qui s'occupent de lui/elle.

9. En excluant les fessées, au cours de la vie de votre enfant, est-ce qu'un adulte de son entourage l'a déjà frappé(e), battu(e), lui a donné des coups de pied ou l'a blessé(e) physiquement ?

- Oui = 1
- Non = 0

10. Au cours de sa vie, est-ce qu'il est déjà arrivé à votre enfant d'avoir peur ou de se sentir vraiment mal parce que des adultes présents dans sa vie lui ont crié des injures, lui ont dit des choses méchantes ou ont affirmé qu'ils ne voulaient plus de lui/elle ?

- Oui = 1
- Non = 0

11. On dit d'un enfant qu'il est victime de négligence lorsque les adultes présents dans sa vie ne s'occupent pas de lui comme ils devraient le faire. Ces adultes peuvent ne pas lui donner suffisamment à manger, ne pas l'emmener chez le médecin lorsqu'il est malade, ni s'assurer que l'enfant a un endroit sûr où rester. Au cours de sa vie, votre enfant a-t-il/elle déjà été victime de négligence ?

- Oui = 1
- Non = 0

12. Il arrive qu'une famille se dispute sur l'endroit où devrait vivre un enfant. Au cours de sa vie, est-ce qu'un parent a déjà enlevé, gardé ou caché votre enfant afin qu'il/elle ne puisse pas être avec vous ou son autre parent ?

- Oui = 1
- Non = 0

13. Parfois des groupes de jeunes ou des bandes attaquent les gens. Au cours de sa vie, est-ce qu'un groupe de jeunes ou une bande a déjà frappé, a sauté dessus, ou a attaqué votre enfant ?

- Oui = 1
- Non = 0

14. (*Outre ce dont vous venez tout juste de me parler...*) Au cours de sa vie, est-ce qu'un jeune, incluant un frère ou une sœur, a déjà frappé votre enfant ? Cela aurait pu se produire à la maison, à l'école, dehors en jouant, dans un magasin ou ailleurs.

- Oui = 1
- Non = 0

15. Est-ce qu'un jeune a déjà tenté intentionnellement de blesser les parties intimes de votre enfant en le/la frappant ou en lui donnant des coups de pied ?

- Oui = 1
- Non = 0

16. Au cours de sa vie, est-ce qu'un jeune, même un frère ou une sœur, s'en est déjà pris à votre enfant en le/la poursuivant ou en le/la prenant par les cheveux ou les vêtements ou en lui faisant faire des choses qu'il/elle ne voulait pas faire ?

- Oui = 1
- Non = 0

17. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà été effrayé(e) ou s'est senti(e) vraiment mal parce que des jeunes l'ont insulté(e), lui ont dit des choses méchantes ou ont affirmé qu'ils ne voulaient plus le/la voir ?
- Oui = 1
- Non = 0
18. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a été giflé(e) ou frappé(e) par son petit ami ou sa petite amie ou quelqu'un avec qui il/elle est sorti(e) ?
- Oui = 1
- Non = 0
19. Au cours de sa vie, est-ce qu'un adulte QUE VOTRE ENFANT CONNAIT a déjà touché aux parties intimes de votre enfant contre sa volonté ou l'a forcé(e) à toucher ses parties intimes ? Ou est-ce qu'un adulte QUE VOTRE ENFANT CONNAIT l'a forcé(e) à avoir une relation sexuelle ?
- Oui = 1
- Non = 0
20. Au cours de sa vie, est-ce qu'un adulte QUE VOTRE ENFANT NE CONNAISSAIT PAS a déjà touché ses parties intimes alors qu'il n'aurait pas dû le faire ou a forcé votre enfant à toucher ses parties intimes ou à avoir des relations sexuelles ?
- Oui = 1
- Non = 0
21. Maintenant, pensez à des jeunes ayant approximativement le même âge que votre enfant, comme ceux qui fréquentent son école, un petit ami, une petite amie ou même un frère ou une sœur. Au cours de sa vie, est-ce qu'un enfant ou un adolescent a déjà forcé votre enfant à avoir des rapports sexuels ?
- Oui = 1
- Non = 0
22. Au cours de sa vie, est-ce qu'une personne a déjà TENTÉ de forcer votre enfant à avoir une relation sexuelle avec pénétration sans réussir à obtenir ce qu'elle voulait (*vaginale, anale ou orale*) ?
- Oui = 1
- Non = 0
23. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un s'est déjà exhibé devant votre enfant ou lui a montré ses parties intimes en ayant recours à la force ou à la surprise ?
- Oui = 1
- Non = 0
24. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un a déjà fait de la peine à votre enfant en lui disant ou en écrivant quelque chose de sexuel à son sujet ou au sujet de son corps ?
- Oui = 1
- Non = 0
25. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a eu des expériences sexuelles avec une personne de 18 ans ou plus, même si tous les deux y consentaient ?
- Oui = 1
- Non = 0
26. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà VU un de ses parents être frappé par son autre parent ou par le conjoint ou la conjointe de ce parent. Son parent a-t-il été giflé, a-t-il reçu un coup de poing ou a-t-il été battu ?
- Oui = 1
- Non = 0
27. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà VU un de ses parents frapper, battre, donner des coups de pied ou blesser physiquement un de ses frères et sœurs, en excluant les fessées ?
- Oui = 1
- Non = 0

28. Dans la vie réelle, est-ce que votre enfant a déjà VU, au cours de sa vie, quelqu'un être attaqué volontairement AVEC un bâton, une pierre, une arme à feu, un couteau ou tout autre objet destiné à blesser ? Cela aurait pu survenir à la maison, à l'école, dans un magasin, dans une voiture, dans la rue ou ailleurs.

- Oui = 1
- Non = 0

29. Dans la vie réelle, est-ce que votre enfant a déjà VU, au cours de sa vie, quelqu'un être attaqué ou frappé volontairement SANS qu'un bâton, une pierre, une arme à feu, un couteau ou n'importe quel autre objet destiné à blesser soit utilisé ?

- Oui = 1
- Non = 0

30. Au cours de la vie de votre enfant, quelqu'un a-t-il déjà volé dans la maison un objet qui appartenait à votre famille ou à quelqu'un qui habite avec votre enfant ? Nous pensons ici à des objets comme un téléviseur, un Ipod®, une voiture ou autre chose.

- Oui = 1
- Non = 0

31. Au cours de sa vie, est-ce que quelqu'un dans l'entourage de votre enfant, comme un ami, un voisin ou quelqu'un de la famille, a déjà été assassiné ?

- Oui = 1
- Non = 0

32. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà VU quelqu'un se faire assassiner dans la vie réelle ? Nous entendons par là qu'il/elle n'a pas vu cela à la télévision, dans un jeu vidéo ou dans un film.

- Oui = 1
- Non = 0

33. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant s'est déjà trouvé(e), dans la vie réelle, dans un endroit où il/elle pouvait voir ou entendre des personnes se faire tirer dessus et où il y avait des explosions de bombes ou des émeutes de rue ?

- Oui = 1
- Non = 0

34. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant s'est trouvé(e) au milieu d'une guerre ou il/elle pouvait entendre des combats réels avec des armes à feu ou des bombes ?

- Oui = 1
- Non = 0

ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DU RETENTISSEMENT CLINIQUE ET DES CONSÉQUENCES MÉDICO-LÉGALES DES VICTIMISATIONS

Merci pour ces réponses. Je vais maintenant vous poser des questions complémentaires.

a. Au cours de sa vie, est-ce que votre enfant a déjà été lui/elle-même l'auteur(e) d'un des événements dont nous venons de parler ?

b. Depuis le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime, est-ce que vous ou d'autres personnes qui s'occupent habituellement de votre enfant se sont inquiétés pour lui/elle de façon inhabituelle ?

c. Depuis le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime, est-ce que vous ou d'autres personnes qui s'occupent habituellement de votre enfant avez repéré chez lui/elle un ou plusieurs des symptômes suivants :

- votre enfant a des « flash-back » du ou des événement(s) dont il/elle a été victime (on entend par là qu'il/elle revit la scène du ou des événement(s) au cours de la journée),
- votre enfant remet en acte ou rejoue le ou les événement(s) dont il/elle a été victime dans ses jeux ou ses activités,
- votre enfant a des cauchemars en rapport ou non avec le ou les événement(s) dont il/elle a été victime,
- votre enfant ressent moins d'émotions ou est anesthésié(e) sur le plan affectif,
- votre enfant présente une perte d'intérêt pour ses activités habituelles,
- votre enfant est pessimiste ou est persuadé(e) que d'autres événements de ce type vont se produire,
- votre enfant fait des efforts délibérés pour éviter les activités ou les situations en rapport avec le ou les événement(s) dont il/elle a été victime,
- votre enfant ne se rappelle plus du ou des événement(s) dont il/elle a été victime,
- votre enfant présente des difficultés d'endormissement ou des réveils multiples durant son sommeil,
- votre enfant présente une irritabilité ou des accès de colère,
- votre enfant présente un état d'alerte, une hypervigilance ou des réactions exagérées de sursaut,
- votre enfant présente des troubles de l'attention ou de la concentration se répercutant sur sa scolarité,
- votre enfant présente des plaintes physiques de façon inhabituelle (maux de têtes, douleurs de ventre),
- votre enfant urine au lit,
- votre enfant recommence à sucer son pouce alors qu'il/elle avait arrêté,
- votre enfant présente une tristesse excessive ou prolongée,
- votre enfant se dévalorise ou pense qu'il/elle est incapable ou inutile,
- votre enfant présente une anxiété ou des peurs excessives,
- votre enfant consomme des substances (alcool, tabac, cannabis,...),
- votre enfant prend des risques pour lui/elle-même ou pour les autres dans la vie de tous les jours,
- votre enfant est isolé(e), se renferme sur lui/elle-même ou a arrêté de voir ses amis,
- votre enfant présente des troubles de l'alimentation comme une anorexie ou des crises de boulimie,
- votre enfant s'est scarifié(e) ou automutilé(e) (on entend par là qu'il/elle s'est blessé(e) ou coupé(e) volontairement),
- votre enfant a fait une tentative de suicide.

d. Depuis le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime, est-ce qu'il/elle a rencontré un médecin, un pédopsychiatre, un psychologue, une assistante sociale ou un autre travailleur social pour un problème directement en rapport avec ce ou ces événement(s) ?

e. Depuis le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime, est-ce qu'il/elle a été hospitalisé(e) pour un problème directement en rapport avec ce ou ces événement(s) ?

f. Suite à le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime, est-ce que il/elle a fait l'objet d'une information préoccupante auprès du conseil général ou d'un signalement auprès du procureur de la République ?

g. Suite à le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime, est-ce que des mesures de protection ont été mises en place pour votre enfant comme un placement ou une aide éducative en milieu ouvert ?

h. Dans le cas ou le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime implique(nt) un ou plusieurs agresseur(s), est-ce que le ou les agresseur(s) présumé(s) a/ont fait l'objet d'une plainte, d'une sanction ou de poursuites pénales c'est-à-dire judiciaires ?

i. Est-ce que votre enfant ou vous-même avez bénéficié d'une réparation ou de dommages-intérêts en rapport avec le ou les événement(s) dont votre enfant a été victime ?

ANNEXE 4. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER CHECKLIST - SCALE (Version enfant)

M./Mme _____,

Parents de l'enfant _____, né(e) le _____.

Instructions

Veillez trouver ci-dessous une liste de problèmes et de symptômes fréquents à la suite d'un épisode de vie stressant **pour votre enfant** tel qu'un événement dont **il/elle aurait été victime**. Veuillez lire chaque problème avec soin puis veuillez entourer un chiffre à droite pour indiquer à quel point, selon vous, **votre enfant** a été perturbé par ce problème dans le *mois précédent*.

L'événement stressant que **votre enfant** a vécu était (décrivez-le en une phrase) : _____

Date de l'événement : _____.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Votre enfant est perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Votre enfant est perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Votre enfant agit brusquement ou sent comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si votre enfant était en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Votre enfant se sent très bouleversé(e) lorsque quelque chose lui rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Votre enfant a des réactions physiques, par exemple battements de coeur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose lui a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Votre enfant évite de penser ou de parler de son épisode stressant ou évite des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Votre enfant évite des activités ou des situations parce qu'elles lui rappellent son épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Votre enfant a des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Votre enfant présente une perte d'intérêt dans des activités qui habituellement lui faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Votre enfant se sent distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Votre enfant se sent émotionnellement anesthésié(e) ou est incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de lui/elle.	1	2	3	4	5
12. Votre enfant se sent comme si son avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Votre enfant a des difficultés pour s'endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Votre enfant se sent irritable ou a des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Votre enfant a des difficultés à se concentrer.	1	2	3	4	5
16. Votre enfant est en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur ses gardes.	1	2	3	4	5
17. Votre enfant se sent énervé(e) ou sursaute facilement.	1	2	3	4	5

Date : _____.

Score total : _____.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., Keane, T. M., & others. (1993).

ANNEXE 5. ECHELLE DE RECIPROCITE SOCIALE (SRS) (Version enfant)

Ce questionnaire doit être rempli par l'un des parents ou par un adulte proche de l'enfant au cours des 6 derniers mois.

Ce questionnaire est rempli par : Mère Père Autre (enseignant, etc.) _____ (⇐ entourez)

Instructions :

*Pour chaque item, merci de cocher la case qui convient le mieux pour décrire le comportement de l'enfant **au cours des 6 derniers mois.***

Section A						
		Pas VRAI	Parfois VRAI	Souvent VRAI	Presque toujours VRAI	Ne s'applique pas
1	Semble beaucoup plus nerveux dans des situations sociales que quand il/elle est seul(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Son expression faciale n'est pas en harmonie avec ce qu'il/elle dit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Semble avoir confiance en lui/elle quand il/elle interagit avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Quand il/elle est stressé(e), l'enfant semble fonctionner en "pilote automatique" ou a des patterns de comportements rigides qui paraissent étranges.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ne réalise pas que les autres essayent de se servir de lui/elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Préfère être seul(e) qu'avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Est conscient(e) de ce que les autres pensent ou ressentent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Se comporte de façon étrange ou bizarre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	S'accroche aux adultes et semble être trop dépendant(e) d'eux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Interprète les choses de manière trop littérale et ne comprend pas le sens réel des conversations.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	A confiance en lui/elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Est capable de communiquer des sentiments aux autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section B						
		Pas VRAI	Parfois VRAI	Souvent VRAI	Presque toujours VRAI	Ne s'applique pas
13	Est maladroit(e) dans les interactions impliquant un tour de rôle avec les personnes de son âge (par exemple, ne semble pas comprendre les tours de parole dans les conversations).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
14	Maladroit(e), mal coordonné(e) dans les activités physiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15	Est capable de comprendre la signification du ton de la voix et de l'expression faciale des autres personnes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
16	Evite le contact visuel ou a un contact visuel inhabituel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
17	Reconnaît lorsque quelque chose est injuste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
18	L'enfant a du mal à se faire des amis, même quand il/elle fait de son mieux pour essayer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
19	A des difficultés lorsqu'il/elle essaye de transmettre ses idées au cours d'une conversation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
20	Fait preuve d'intérêts sensoriels inhabituels (comme faire tourner les objets ou les mettre dans sa bouche) ou a des manières étranges de jouer avec les jouets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
21	Est capable d'imiter les actions des autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Section C						
22	Joue de manière appropriée avec les enfants de son âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
23	Ne se joint pas aux activités des autres sauf si on le lui demande.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
24	A plus de difficulté que les autres enfants à modifier ses routines.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
25	Ne se soucie pas d'être "en phase" ou sur la même "longueur d'onde" que les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
26	Offre du réconfort aux autres quand ils sont tristes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
27	Evite d' <u>initier</u> des interactions sociales avec les autres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
28	Obsessionnel, pense ou parle de la même chose de manière répétitive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
29	Considéré(e) par les autres enfants comme étrange ou bizarre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
30	Souvent dépassé(e) par les situations où il se passe beaucoup de choses en même temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Section D						
		Pas VRAI	Parfois VRAI	Souvent VRAI	Presque toujours VRAI	Ne s'applique pas
31	Ne peut pas s'arrêter de penser à quelque chose une fois qu'il/elle a commencé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
32	A une bonne hygiène personnelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
33	Socialement maladroit(e), même quand il/elle essaye d'être poli(e).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
34	Evite les gens qui veulent être proches <u>émotionnellement</u> de lui/elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
35	A du mal à suivre le rythme d'une conversation normale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
36	A des difficultés à entrer en relation avec les <u>adultes</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
37	A des difficultés à entrer en relation avec les <u>personnes de son âge</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
38	Réagit de manière appropriée aux changements d'humeur des autres (par exemple quand un ami ou un compagnon des jeux qui était content devient triste).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
39	A une variété d'intérêts restreinte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Section E						
40	A de l'imagination, est bon(ne) dans les jeux de faire semblant (sans perdre le contact avec la réalité).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
41	Sans but ; passe d'une activité à l'autre passivement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
42	Semble extrêmement sensible aux sons, aux textures ou aux odeurs.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
43	Se sépare facilement des personnes qui s'occupent de lui/elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
44	Ne comprends pas les relations entre les événements d'une manière appropriée à son âge (par exemple, mélange les causes et les conséquences).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
45	Prête son attention à des choses qui intéressent les autres (par exemple, regarde dans la même direction que les autres ou écoute ce que les autres écoutent).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
46	Expression faciale trop sérieuse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
47	Fait le/la sot(te) ou rit de manière inappropriée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
48	A le sens de l'humour ; comprend les plaisanteries.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
49	A des aptitudes dans certains domaines précis <u>largement</u> supérieures à la moyenne, mais le niveau de fonctionnement dans la plupart des tâches n'est pas bon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Section F						
		Pas VRAI	Parfois VRAI	Souvent VRAI	Presque toujours VRAI	Ne s'applique pas
50	A des comportements étranges répétitifs comme agiter les mains ou se balancer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
51	A des difficultés à répondre aux questions directement ; <u>tourne autour</u> du sujet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
52	Est conscient(e) quand il/elle parle trop fort ou fait trop de bruit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
53	Parle aux personnes avec une tonalité vocale inhabituelle (par exemple comme un robot ou comme s'il/elle donnait un cours).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
54	Semble utiliser les gens comme s'ils étaient des objets.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
55	Se rend compte quand il/elle est trop proche ou quand il/elle envahit l'espace d'autrui.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
56	Marche entre deux personnes qui sont en train de parler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
57	On se moque beaucoup de lui/elle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
58	Se concentre de manière inadaptée sur des <u>parties</u> d'objets au lieu de voir la totalité de l'objet (par exemple, si on lui demande de décrire ce qui s'est passé dans un compte, l'enfant décrit uniquement le type de vêtements portés par les personnages).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
59	Trop soupçonneux (se).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Section G						
60	Est émotionnellement distant(e), ne montre pas ses émotions.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
61	Est inflexible, a du mal à changer d'opinion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
62	Donne des raisons inhabituelles ou illogiques pour faire des choses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
63	Touche les autres de manière inadaptée (par exemple, l'enfant peut toucher quelqu'un pour établir un contact mais s'en va après sans rien dire).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
64	Trop tendu(e) dans les situations sociales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
65	Regarde ou fixe les autres de manière inappropriée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

REFERENCES

- Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, 11(2), 231–239.
- Allen, S. N. (1994). Psychological assessment of post-traumatic stress disorder: Psychometrics, current trends, and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Allen, S. N., & Bloom, S. L. (1994). Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*.
- Amaya-Jackson, L. & March J. S. (1995) Post-traumatic Stress Disorder. In: *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, ed. March J. S., The Guilford Press, New York-London, 276-300.
- Anagnostou, E., Zwaigenbaum, L., Szatmari, P., Fombonne, E., Fernandez, B. A., Woodbury-Smith, M., ... others. (2014). Autism spectrum disorder: advances in evidence-based practice. *Canadian Medical Association Journal*, 186(7), 509–519.
- APA American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*, 2d Edition (DSM-II). Washington DC.
- APA American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*, 3d Edition (DSM-III). Washington DC.
- APA American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*, 3d Edition-Revised (DSM-III-R). Washington DC.
- APA American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*, 4th Edition (DSM-IV). Washington DC.
- APA American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders*, 5th Edition. Washington DC.
- Arora, C. M. J., & Thompson, D. A. (1987). Defining bullying for a secondary school. *Educational and Child Psychology*, 4(3), 110–120.
- Bacon, A. L., Fein, D., Morris, R., Waterhouse, L., & Allen, D. (1998). The responses of autistic children to the distress of others. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(2), 129–142.
- Baghdadli, A., Beuzon, S., Bursztejn, C., Constant, J., Desguerre, I., Rogé, B., ... Aussilloux, C. (2006). Recommandations pour la pratique clinique du dépistage et du diagnostic de l'autisme et des troubles envahissants du développement. *Archives de pédiatrie*, 13(4), 373–378.
- Bailey, A., Le Couteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychological Medicine*, 25(01), 63–77.
- Bailly, L., Golse, B., & Soulé, M. (1995). Conséquences pour les enfants des crises familiales graves et des événements traumatiques. *LEBOVICI S., DIATKINE R. et SOULÉ M.-Nouveau Traité de Psychiatrie de L'enfant et de L'adolescent*, 2793–2808.
- Baril, M. (2002). *L'envers du crime*. Editions L'Harmattan.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Barron, J., & Barron, S. (1995). *Moi, l'enfant autiste*. éd. J'ai lu.
- Bauminger, N., & Kasari, C. (2000). Loneliness and friendship in high-functioning children with autism. *Child Development*, 447–456.

- Berg, A. T., & Plioplys, S. (2012). Epilepsy and autism: is there a special relationship? *Epilepsy & Behavior: E&B*, 23(3), 193–198.
- Bejerot, S., & Mörtberg, E. (2009). Do autistic traits play a role in the bullying of obsessive-compulsive disorder and social phobia sufferers? *Psychopathology*, 42(3), 170–176. <http://doi.org/10.1159/000207459>
- Bejerot, S., & Humble, M. B. (2013). Childhood clumsiness and peer victimization: a case-control study of psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 13, 68. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-13-68>
- Blake, J. J., Lund, E. M., Zhou, Q., Kwok, O., & Benz, M. R. (2012). National prevalence rates of bully victimization among students with disabilities in the United States. *School Psychology Quarterly*, 27(4), 210.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Handbuch Der Psychiatrie.
- Bonnet-Brilhault, F. (2013). Apport de la psychophysiologie à la compréhension et au traitement des troubles autistiques. Presented at the Les Journées du Congrès Français de Psychiatrie, Bordeaux.
- Bouvard, M. P. (2004). Approche clinique des enfants souffre-douleur. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 162, pp. 559–564). Elsevier.
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., & Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 52(10), 1358–1366.
- Bretherton, I., & Beeghly, M. (1982). Talking about internal states: The acquisition of an explicit theory of mind. *Developmental Psychology*, 18(6), 906.
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 357–364.
- Brothers, L. (1990). The social brain : a project for integrating primate behavior and neurophysiology in a new domain. In C. Neurosci (Ed.), (Vol. B, pp. 27–51).
- Brown-Lavoie, S. M., Vecili, M. A., & Weiss, J. A. (2014). Sexual Knowledge and Victimization in Adults with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(9), 2185–2196. <http://doi.org/10.1007/s10803-014-2093-y>
- Bureau of Justice Statistics. (1991). *Teenage victims: A national crime survey report* (NCJ-128129). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Bureau of Justice Statistics. (1992). *Criminal victimization in the United States, 1990: A national crime victimization survey report* (NCJ- 134126). Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Cappadocia, M. C., Weiss, J. A., & Pepler, D. (2012). Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(2), 266–277.
- Cario, R. (2013). *Victimologie clinique : Brève histoire de la victimologie*. In: Senon, J.-L., Jonas, C., & Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson.
- Carlotti, M.-A. (2013). Troisième plan autisme (2013-2017). <http://www.social-sante.gouv.fr/actualite-presse,42/breves,2325/presentation-du-3eme-plan-autisme,15797.html>.
- Carter, E. W., Sisco, L. G., & Chung, Y. (2012). Peer-mediated support strategies. *Treatment of Autism Spectrum Disorders: Evidence-Based Intervention Strategies for Communication and Social Interactions*, 221–254.
- Carter, M. T., & Scherer, S. W. (2013). Autism spectrum disorder in the genetics clinic: a review. *Clinical Genetics*, 83(5), 399–407.

- Carter, S. (2009). Bullying of students with Asperger syndrome. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 32(3), 145–154.
- CDC Center for Disease Control and Prevention (2009). Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network surveillance year 2006. Principal investigators. Prevalence of autism spectrum disorders—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *MMWR Surveill Summ*, 58(10), 1–20.
- Chamberlain, B., Kasari, C., & Rotheram-Fuller, E. (2007). Involvement or isolation? The social networks of children with autism in regular classrooms. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(2), 230–242.
- Chawarska, K., Klin, A., & Volkmar, F. (2003). Automatic attention cueing through eye movement in 2-year-old children with autism. *Child Development*, 1108–1122.
- Chen, P.-Y., & Schwartz, I. S. (2012). Bullying and victimization experiences of students with autism spectrum disorders in elementary schools. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 1088357612459556.
- Chou, W.-J., Liu, T.-L., Yang, P., Yen, C.-F., & Hu, H.-F. (2014). Bullying victimization and perpetration and their correlates in adolescents clinically diagnosed with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1087054714558874.
- Constantino, J. N., & Gruber, C. P. (2002). *The social responsiveness scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Cook, E. H., Kieffer, J. E., Charak, D. A., & Leventhal, B. L. (1993). Autistic disorder and post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(6), 1292–1294. <http://doi.org/10.1097/00004583-199311000-00025>
- Cordier, B., Sylvestre, M., & Leyrie, J. (1994). Pathologies psychiatriques post-traumatiques. Editions Techniques. *Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie*, 37-329-A-10, 6 p.
- Crocq, L., Doutheau, C. (1995). Psychiatrie de catastrophe. In: Senon, J.-L., Sechter, D., & Richard, D. (Eds.), *Thérapeutique psychiatrique*. Hermann.
- Crocq, L. (1992). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. *Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. Psychologie Médicale*. 24, 5, 427-432.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 636–652.
- Cyr, K., Clément, M.-È., & Chamberland, C. (2014). Lifetime prevalence of multiple victimizations and its impact on children's mental health. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(4), 616–634.
- Darves-Bornoz, J.-M., Lemperiere, T., Degiovanni, A., & Gaillard, P. (1995). Sexual victimization in women with schizophrenia and bipolar disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(2), 78–84.
- DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208(4448), 1174–1176.
- DEPP/Ministère de l'éducation nationale (2011). Résultats de la première enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2011. Note d'information n° 11-14, octobre.
- DEPP/Ministère de l'éducation nationale (2013). Résultats de la seconde enquête nationale de victimation au sein des collèges publics au printemps 2013. Note d'information n° 13-16, novembre.
- Duan, G., Chen, J., Zhang, W., Yu, B., Jin, Y., Wang, Y., & Yao, M. (2015). Physical maltreatment of children with autism in Henan province in China: a cross-sectional study. *Child Abuse & Neglect*.

- Fakhoury, M. (2015). Autistic spectrum disorders: A review of clinical features, theories and diagnosis. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 43, 70–77.
- Fantuzzo, J. W., DePaola, L. M., Lambert, L., Martino, T., Anderson, G., & Sutton, S. (1991). Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2), 258.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The Future of Children*, 21–32.
- Fattah, E. A. (1966). Quels problèmes posés à la justice pénale par la victimologie. *AIC*.
- Fattah, E. A. (1997). *Criminology : past, present and future*. (343p.) London. MacMilan Press.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood Victimization: Violence, Crime, and Abuse in the Lives of Young People* (1 edition). New York: Oxford University Press.
- Finkelhor, D., & Dzuiba-Leatherman, J. (1994). Victimization of children. *American Psychologist*, 49(3), 173.
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 383–412.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7–26.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., Turner, H. A., & Hamby, S. L. (2005). Measuring poly-victimization using the Juvenile Victimization Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 29(11), 1297–1312.
- Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2013). Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatrics*, 167(7), 614–621.
- Fisher, M. H., & Taylor, J. L. (2015). Let's talk about it: Peer victimization experiences as reported by adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*, 1362361315585948.
- Frith, U. (2003). *Autism: Explaining the enigma* (2nd ed.) Malden, MA: Blackwell.
- Frith, U., & Hill, E. (2004). *Autism: Mind and brain*. New York: Oxford University Press.
- Fombonne, E. (1999). The epidemiology of autism: a review. *Psychological Medicine*, 29(04), 769–786.
- Fombonne, E. (2012). *Épidémiologie de l'autisme*. Hôpital de Montréal Pour Enfants, CANADA.
- Fombonne, E., Zakarian, R., Bennett, A., Meng, L., & McLean-Heywood, D. (2006). Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. *Pediatrics*, 118(1), e139–e150.
- Ford, J. D., Wasser, T., & Connor, D. F. (2011). Identifying and determining the symptom severity associated with polyvictimization among psychiatrically impaired children in the outpatient setting. *Child Maltreatment*, 16(3), 216–226.
- Gillis, H. M. (1993). Individual and small-group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. In *Children and disasters* (pp. 165–186). Springer.
- Gladden, R. M., Vivolo-Kantor, A. M., Hamburger, M. E., & Lumpkin, C. D. (2014). Bullying surveillance among youths: Uniform definitions for public health and recommended data elements.

- Gomez, J., Sarria, E., & Tamarit, J. (1993). The comparative study of early communication and theories of mind: Ontogeny, phylogeny, and pathology. In: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp. 397–426). Oxford, England: Oxford University Press.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Gorman-Smith, D., & Tolan, P. (1998). The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. *Development and Psychopathology*, 10(01), 101–116.
- Gowen, E., & Hamilton, A. (2013). Motor abilities in autism: a review using a computational context. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 323–344.
- Grandin, T. (2011). *Ma vie d'autiste*. Odile Jacob.
- Grandin, M. T., & Barron, M. S. (2014). Comprendre les règles tacites des relations sociales: Décoder les mystères de la vie en société à travers l'autisme. De Boeck Supérieur.
- Gray, C. (2004). Gray's guide to bullying parts I-III. *Jenison Autism Journal*, 16(1), 2–19.
- Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., & Svedin, C. G. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(3), 569–577. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.03.007>
- Hadianfard, H. (2014). Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2(2), 77.
- Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., ... others. (2011). Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autism. *Archives of General Psychiatry*, 68(11), 1095–1102.
- Halperin, D. S., Bouvier, P., Jaffe, P. D., Mounoud, R.-L., Pawlak, C. H., Laederach, J., ... Astie, F. (1996). Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey. *Bmj*, 312(7042), 1326–1329.
- Hamby, S. L., Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2004). *The juvenile victimization questionnaire (JVQ): Administration and scoring manual*. Durham, NH: Crimes Against Children Research Center.
- Hanson, R. K., & Slater, S. (1988). Sexual victimization in the history of sexual abusers: A review. *Annals of Sex Research*, 1(4), 485–499.
- Haq, I., & Le Couteur, A. (2004). Autism spectrum disorder. *Medicine*, 32(8), 61–63.
- Harrower, J. K., & Dunlap, G. (2001). Including children with autism in general education classrooms. A review of effective strategies. *Behavior Modification*, 25(5), 762–784.
- HAS Haute Autorité de Santé (2005). *Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme*.
- HAS Haute Autorité de Santé (2010). *Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale*.
- HAS Haute Autorité de Santé (2011). *Recommandation de bonnes pratiques. Autisme et autres TED. Diagnostic et évaluation chez l'adulte. Recommandations*.
- Hebron, J., & Humphrey, N. (2013). Exposure to bullying among students with autism spectrum conditions: A multi-informant analysis of risk and protective factors. *Autism*, 1362361313495965.

- Hobson, P. (1993). Understanding persons: The role of affect. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp. 204–227). Oxford, England: Oxford University Press.
- Hodges, E. V., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. M. (1999). The power of friendship: protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35(1), 94.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nydén, A., Wentz, E., Ståhlberg, O., ... others. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9(1), 35.
- Horiot, H. (2013). *L'empereur, c'est moi – Une enfance en autisme. L'Iconoclaste*.
- Humphrey, N., Squires, G., Barlow, A., Bulman, W., Hebron, J., & Kalamouka, A. (2011). *Achievement for all national evaluation: Final report*. Department for Education, London.
- Jackson, C. T., Fein, D., Wolf, J., Jones, G., Hauck, M., Waterhouse, L., & Feinstein, C. (2003). Responses and sustained interactions in children with mental retardation and autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(2), 115–121.
- Jiang, Y., Yuen, R. K., Jin, X., Wang, M., Chen, N., Wu, X., ... others. (2013). Detection of clinically relevant genetic variants in autism spectrum disorder by whole-genome sequencing. *The American Journal of Human Genetics*, 93(2), 249–263.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217–250.
- Kasari, C., Sigman, M., Mundy, P., & Yirmiya, N. (1990). Affective sharing in the context of joint attention interactions of normal, autistic, and mentally retarded children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 87–100.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., ... Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1), 164.
- Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (1999). *Prevalence and consequences of child victimization: Results from the national survey of adolescents (Final Report No. 93-IJ-CX-0023)*. Charleston, SC: US Department of Justice.
- Klin, A., Jones, W., Schultz, R. T., & Volkmar, F. R. (2005). The enactive mind—from actions to cognition: Lessons from autism. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1, Third Edition*, 682–703.
- Kloosterman, P. H., Kelley, E. A., Craig, W. M., Parker, J. D., & Javier, C. (2013). Types and experiences of bullying in adolescents with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(7), 824–832.
- Kolbo, J. R., Blakely, E. H., & Engleman, D. (1996). Children who witness domestic violence: A review of empirical literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(2), 281–293.
- Kolko, D. J. (1992). Characteristics of child Victims of physical violence Research findings and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 244–276.

- Koning, C., & Magill-Evans, J. (2001). Social and language skills in adolescent boys with Asperger syndrome. *Autism*, 5(1), 23–36.
- Kowalski, R. M., & Fedina, C. (2011). Cyber bullying in ADHD and Asperger Syndrome populations. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(3), 1201–1208.
- Kowalski, R. M., & Limber, S. P. (2007). Electronic bullying among middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), S22–S30.
- Kuzniewicz, M. W., Wi, S., Qian, Y., Walsh, E. M., Armstrong, M. A., & Croen, L. A. (2014). Prevalence and neonatal factors associated with autism spectrum disorders in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 164(1), 20–25.
- Lampi, K. M., Lehtonen, L., Tran, P. L., Suominen, A., Lehti, V., Banerjee, P. N., ... Sourander, A. (2012). Risk of autism spectrum disorders in low birth weight and small for gestational age infants. *The Journal of Pediatrics*, 161(5), 830–836.
- Larousse. (2015). Définitions : autisme - Dictionnaire de français Larousse.
- Latalova, K., Kamaradova, D., & Prasko, J. (2014). Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 1925.
- Laugeson, E. A., Frankel, F., Gantman, A., Dillon, A. R., & Mogil, C. (2012). Evidence-based social skills training for adolescents with autism spectrum disorders: The UCLA PEERS program. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(6), 1025–1036.
- Lewis, M. M. (1964). *Language, Thought and Personality: In Infancy and Childhood*. Basic Books.
- Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., ... Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: Interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(7), 849–861.
- Lindgren, S. D., & Koepl, G. K. (1987). Assessing child behavior problems in a medical setting: Development of the Pediatric Behavior Scale. *Advances in Behavioral Assessment of Children and Families*, 3, 57–90.
- Little, L. (2002). MIDDLE-CLASS MOTHERS' PERCEPTIONS OF PEER AND SIBLING VICTIMIZATION AMONG CHILDREN WITH ASPERGER'S SYNDROME AND NONVERBAL LEARNING DISORDERS. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 25(1), 43–57.
- Lopez, G. (2014). *La victimologie*. Dalloz.
- Lord, C., Rutter, M., Goode, S., Heemsbergen, J., Jordan, H., Mawhood, L., & Schopler, E. (1989). Autism diagnostic observation schedule: A standardized observation of communicative and social behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 19(2), 185–212.
- Lord, C., Rutter, M., & Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659–685.
- Lord, C. (1993). The complexity of social behavior in autism. In: S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg, & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds : Perspectives from autism* (pp. 292–316). Oxford, England: Oxford University Press.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S. L. (2012). *Autism diagnostic observation schedule: ADOS-2*. Western Psychological Services Los Angeles, CA.
- Ma, Y., Chen, J., Xiao, W., Wang, F., & Zhang, M. (2011). Parents' self-reporting of child physical maltreatment in Yuncheng City, China. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), 592–600.

- Mandell, D. S., Walrath, C. M., Manteuffel, B., Sgro, G., & Pinto-Martin, J. A. (2005). The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. *Child Abuse & Neglect*, 29(12), 1359–1372.
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180–191.
- Mannion, A., & Leader, G. (2013). Comorbidity in autism spectrum disorder: A literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(12), 1595–1616.
- Martlew, M., & Hodson, J. (1991). CHILDREN WITH MILD LEARNING DIFFICULTIES IN AN INTEGRATED AND IN A SPECIAL SCHOOL: COMPARISONS OF BEHAVIOUR, TEASING AND TEACHERS' ATTITUDES. *British Journal of Educational Psychology*, 61(3), 355–372.
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., & Mahr, F. (2015). MATERNAL RATINGS OF BULLYING AND VICTIMIZATION: DIFFERENCES IN FREQUENCIES BETWEEN PSYCHIATRIC DIAGNOSES IN A LARGE SAMPLE OF CHILDREN 1, 2. *Psychological Reports*, 116(3), 710–722.
- McCord, J. (1983). A forty year perspective on effects of child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 7(3), 265–270.
- McGrath, J. J., Petersen, L., Agerbo, E., Mors, O., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2014). A comprehensive assessment of parental age and psychiatric disorders. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 301–309.
- Mehtar, M., & Mukaddes, N. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 539–546.
- Mendelsohn, B. (1958). Une nouvelle branche de la science bio-psycho-sociale. *La Victimologie*.
- Mohammadi, M.-R. (2003). Development, validation and reliability of child abuse self report scale (CASRS) in Iranian students. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 17(1), 51–58.
- Morgan, J., & Zedner, L. (1992). *Child victims: Crime, impact, and criminal justice*. Oxford, England: Clarendon Press.
- Mottron, L. (2004). *L'autisme, une autre intelligence: diagnostic, cognition et support des personnes autistes sans déficience intellectuelle*. Editions Mardaga.
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(1), 115–128.
- Mundy, P., Sigman, M., & Kasari, C. (1994). Joint attention, developmental level, and symptom presentation in autism. *Development and Psychopathology*, 6(03), 389–401.
- Najarian, L. M., Goenjian, A. K., Pelcovitz, D., Mandel, F., & Najarian, B. (1996). Relocation after a disaster: Posttraumatic stress disorder in Armenia after the earthquake. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3), 374–383.
- Nansel, T. R., Overpeck, M. D., Haynie, D. L., Ruan, W. J., & Scheidt, P. C. (2003). Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(4), 348–353.
- National Center on Child Abuse and Neglect. (1992). *National child abuse and neglect data system (Working paper No. 1): 1990 summary data component (DHHS Publication No. ACF 92-30361)*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.
- Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Fallin, M. D., Hertz-Picciotto, I., Nguyen, D. V., Lee, N. L., ... others. (2012). Infant siblings and the investigation of autism risk factors. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 4(1), 7–7.

- Odom, S. L., Collet-Klingenberg, L., Rogers, S. J., & Hatton, D. D. (2010). Evidence-based practices in interventions for children and youth with autism spectrum disorders. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth*, 54(4), 275–282.
- Olson, G. M., & Sherman, T. (1983). Attention, learning, and memory in infants. *Handbook of Child Psychology: Formerly Carmichael's Manual of Child psychology*/Paul H. Mussen, Editor.
- Olweus, D. (1978). *Aggression in the schools: Bullies and whipping boys*. Hemisphere.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at School. What we know and what we can do*. Blackwell. Oxford.
- Olweus, D. (1996/2004). *The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire*. Bergen, Norway: Research Centre for Health Promotion (HEMIL). University of Bergen. N-5015.
- Olweus, D. (1997). Bully/victim problems in school: Facts and intervention. *European Journal of Psychology of Education*, 12(4), 495–510.
- Orsmond, G. I., Krauss, M. W., & Seltzer, M. M. (2004). Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(3), 245–256.
- Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50(9), 782.
- Osofsky, J. D. (1999). The impact of violence on children. *The Future of Children*, 33–49.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R., & Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6), 851–856.
- Ozonoff, S., Iosif, A.-M., Young, G. S., Hepburn, S., Thompson, M., Colombi, C., ... others. (2011). Onset patterns in autism: correspondence between home video and parent report. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 796–806.
- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of Psychology*, 135(1), 17–36.
- Paquet, A., Clément, C., & Magerotte, G. (2012). *Scolarisation des élèves avec autisme en milieu ordinaire*. In: Philip, C., Magerotte, G., & Adrien, J.-L. (2012). *Scolariser des élèves avec autisme et TED-Vers l'inclusion*, Dunod, 92.
- Parker, J. G., & Asher, S. R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk? *Psychological Bulletin*, 102(3), 357.
- Piaget, J. (1951). *Play, dreams and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Pinborough-Zimmerman, J., Bakian, A. V., Fombonne, E., Bilder, D., Taylor, J., & McMahon, W. M. (2012). Changes in the administrative prevalence of autism spectrum disorders: Contribution of special education and health from 2002–2008. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(4), 521–530.
- Pinto, D., Pagnamenta, A. T., Klei, L., Anney, R., Merico, D., Regan, R., ... others. (2010). Functional impact of global rare copy number variation in autism spectrum disorders. *Nature*, 466(7304), 368–372.
- Pourre, F., Andanson, J., Aubert, E., & Raynaud, J. P. (2014). Harcèlement et Troubles du Spectre Autistique à l'adolescence : vulnérabilités et stratégies pratiques. *European Psychiatry*, 29(8, Supplement), 606. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.213>
- Povinelli, D. J. (1993). Reconstructing the evolution of mind. *American Psychologist*, 48(5), 493.

- Prado, C. (2013). Le coût économique et social de l'autisme. *Droit, Déontologie & Soin*, 13(1), 46–50.
- Prayez, F., Wodon, I., Van Hyfte, S., & Linkowski, P. (2011). [Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and child maltreatment: a review]. *Revue Médicale de Bruxelles*, 33(2), 75–86.
- PREVNet Assessment Working Group (2008). *PREVNet bullying survey: Grades 4–6*. Kingston, Canada: PREVNet.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Vernberg, E. M. (2001). Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 479–491.
- Reid, B., & Batten, A. (2006). *B is for bullied: the experiences of children with autism and their families*. London: National Autistic Society.
- Reynolds, W. M. (2003). *Reynolds bully victimization scales for schools manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Rimland, B. (1964). *Infantile autism*. New York: Appleton, Century Crofts.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V., & Fogassi, L. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research*, 3(2), 131–141.
- Rose, C. A., Monda-Amaya, L. E., & Espelage, D. L. (2010). *Bullying perpetration and victimization in special education: A review of the literature*. Remedial and Special Education.
- Rowley, E., Chandler, S., Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Loucas, T., & Charman, T. (2012). The experience of friendship, victimization and bullying in children with an autism spectrum disorder: Associations with child characteristics and school placement. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1126–1134.
- Rutter, M. (1978). Diagnosis and definition. In M. Rutter & E. Shopler (Eds.), *Autism : A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum Press.
- Saunders, B. E., Villepontoux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women a community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(2), 189–204.
- Saylor, C. F., & Leach, J. B. (2009). Perceived bullying and social support in students accessing special inclusion programming. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(1), 69–80.
- Schaffer, H. R. (1984). *The child's entry into a social world*. London: Academic Press.
- Schopler, E., & Mesibov, G. (Eds). (1983). *Autism in Adolescents and Adults*. New York: Plenum Press.
- Schopler, E., Reichler, R. J. & Renner, B. R. (1988). *The Childhood Autism Rating Scale (CARS)*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Schovanec, J. (2012). *Je suis à l'est*. Paris, Plon.
- Schroeder, J. H., Cappadocia, M. C., Bebko, J. M., Pepler, D. J., & Weiss, J. A. (2014). Shedding light on a pervasive problem: A review of research on bullying experiences among children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(7), 1520–1534.
- Schwarz, E. D., & Perry, B. D. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 311–326.
- Scott, K. D. (1992). Childhood sexual abuse: Impact on a community's mental health status. *Child Abuse & Neglect*, 16(2), 285–295.

- Seltzer, M. M., Krauss, M. W., Shattuck, P. T., Orsmond, G., Swe, A., & Lord, C. (2003). The symptoms of autism spectrum disorders in adolescence and adulthood. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(6), 565–581.
- Shakoor, S., Jaffee, S. R., Bowes, L., Ouellet-Morin, I., Andreou, P., Happé, F., ... Arseneault, L. (2012). A prospective longitudinal study of children's theory of mind and adolescent involvement in bullying. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 254–261.
- Shapiro, F. (1995). *Eye-Movement Desensitization and Reprocessing*. Guilford, New York, 276-281.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921–929.
- Singer, J. (1996). Cognitive and affective implications of imaginative play in childhood. In M. Lewis (Ed.) *Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook* (2nd ed., pp. 202–210). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Solomon, S. D., Gerrity, E. T., & Muff, A. M. (1992). Efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: An empirical review. *JAMA*, 268(5), 633–638.
- Sreckovic, M. A., Brunsting, N. C., & Able, H. (2014). Victimization of students with autism spectrum disorder: A review of prevalence and risk factors. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1155–1172.
- Sterzing, P. R., Shattuck, P. T., Narendorf, S. C., Wagner, M., & Cooper, B. P. (2012). Bullying involvement and autism spectrum disorders: prevalence and correlates of bullying involvement among adolescents with an autism spectrum disorder. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(11), 1058–1064.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Ehrenreich-May, J., Arnold, E. B., Jones, A. M., Renno, P., ... others. (2012). Peer victimization in youth with autism spectrum disorders and co-occurring anxiety: relations with psychopathology and loneliness. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 24(6), 575–590.
- Stone, W. L., & Lemanek, K. L. (1990). Parental report of social behaviors in autistic preschoolers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20(4), 513–522.
- Stone, W. L., Lemanek, K. L., Fishel, P. T., Fernandez, M. C., & Altemeier, W. A. (1990). Play and imitation skills in the diagnosis of autism in young children. *Pediatrics*, 86(2), 267–272.
- Straus, M., Gelles, R., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, NY: Anchor Press.
- Symes, W., & Humphrey, N. (2010). Peer-group indicators of social inclusion among pupils with autistic spectrum disorders (ASD) in mainstream secondary schools: A comparative study. *School Psychology International*, 31(5), 478–494.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911–921.
- Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322–334.
- Teunisse, J.-P., & Gelder, B. D. (1994). Do autistics have a generalized face processing deficit? *International Journal of Neuroscience*, 77(1-2), 1–10.
- Tordjman, S., Antoine, C., Cohen, D. J., Gauvain-Piquard, A., Carlier, M., Roubertoux, P., & Ferrari, P. (1998). [Study of the relationships between self-injurious behavior and pain reactivity in infantile autism]. *L'Encephale*, 25(2), 122–134.

- Trevarthen, C., & Aitken, K. J. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 3–48.
- Trickett, P. K., & Schellenbach, C. J. (1998). Violence against children in the family and the community. Washington, DC: American Psychological Association.
- Turk, J., Robbins, I., & Woodhead, M. (2005). Post-traumatic stress disorder in young people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(11), 872–875.
- Twyman, K. A., Saylor, C. F., Saia, D., Macias, M. M., Taylor, L. A., & Spratt, E. (2010). Bullying and ostracism experiences in children with special health care needs. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(1), 1–8.
- Van Roekel, E., Scholte, R. H., & Didden, R. (2010). Bullying among adolescents with autism spectrum disorders: Prevalence and perception. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(1), 63–73.
- Viano, E. (2006). *Victimology*. American University, Washington, D.C.
- Vila, G., Porche, L. M., & Mouren-Siméoni, M. C. (1999). *L'enfant victime d'agression*. Masson.
- Vila, G. (2013). *Victimologie clinique : Clinique et prise en charge du psychotraumatisme chez l'enfant*. In: Senon, J.-L., Jonas, C., & Voyer, M. (2013). *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson.
- Volkmar, F. R., & Cohen, D. J. (1985). A first person account of the experience of infantile autism by Tony W. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 15, 47–54.
- Volkmar, F. R., Klin, A., & Pauls, D. (1998). Nosological and genetic aspects of Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 28(5), 457–463.
- Volkmar, F. R., Klin, A., Schultz, R. T., Chawarska, K., & Jones, W. (2003). The social brain in autism. *The Social Brain: Evolution and Pathology*, 165–196.
- Volkmar, F. R., Paul, R., Klin, A., & Cohen, D. J. (2005). *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior (Vol. 1)*. John Wiley & Sons.
- Von Hentig, H. (1948). *The criminal & his victim: Studies in the sociobiology of crime*. Yale University Press.
- Wainscot, J. J., Naylor, P., Sutcliffe, P., Tantam, D., & Williams, J. V. (2008). Relationships with peers and use of the school environment of mainstream secondary school pupils with Asperger Syndrome (High-Functioning Autism): A case-control study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(1), 25–38.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., Keane, T. M., & others. (1993). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies*. International Society for Traumatic Stress Studies San Antonio.
- Wechsler, D. (2003). *Wechsler intelligence scale for children—Fourth Edition (WISC-IV)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Whitney, I., Nabuzoka, D., & Smith, P. K. (1992). Bullying in schools: Mainstream and special needs. *Support for Learning*, 7(1), 3–7.
- WHO World Health Organization. (2007). WHO ICD-10 online versions. WHO.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1), 3.
- Williams, D. (1992). *Si on me touche, je n'existe plus*. Robert Laffont.
- Wing, L. (1976) *Early childhood autism*. New York: Pergamon Press.

- Wing, L., & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 9(1), 11–29.
- Yen, C.-F., Chou, W.-J., Liu, T.-L., Ko, C.-H., Yang, P., & Hu, H.-F. (2014). Cyberbullying among male adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: Prevalence, correlates, and association with poor mental health status. *Research in Developmental Disabilities*, 35(12), 3543–3553.
- Yirmiya, N., Kasari, C., Sigman, M., & Mundy, P. (1989). Facial expressions of affect in autistic, mentally retarded and normal children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (30), 725–35.
- Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorder. In: Ollendick, T.H., *International Handbook of Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*, Plenum press, New York, 223-240.
- Yule, W., Udwin, O., & Murdoch, K. (1990). The “Jupiter” sinking: effects on children’s fears, depression and anxiety. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31(7), 1051–1061.
- Zablotsky, B., Bradshaw, C. P., Anderson, C., & Law, P. A. (2013). The association between bullying and the psychological functioning of children with autism spectrum disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(1), 1–8.
- Zeedyk, S. M., Rodriguez, G., Tipton, L. A., Baker, B. L., & Blacher, J. (2014). Bullying of youth with autism spectrum disorder, intellectual disability, or typical development: victim and parent perspectives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(9), 1173–1183.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S. E., Szatmari, P., Brian, J., Smith, I. M., Roberts, W., ... Roncadin, C. (2012). Sex differences in children with autism spectrum disorder identified within a high-risk infant cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(12), 2585–2596.